

Règlement relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité^(a) (RFMPC)

J 4 20.04

Tableau historique

du 15 décembre 2010

(Entrée en vigueur : 1^{er} janvier 2011)

Le CONSEIL D'ÉTAT de la République et canton de Genève,

vu la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, du 6 octobre 2006 (ci-après : la loi fédérale sur les prestations complémentaires);

vu la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (ci-après : la loi sur l'assurance-maladie);

vu l'ordonnance sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 (ci-après : l'ordonnance sur l'assurance-maladie);

vu l'article 2, alinéa 1, lettre c, de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, du 14 octobre 1965 (ci-après : la loi sur les prestations fédérales);

vu l'article 3, alinéas 4 et 5, de la loi sur les prestations complémentaires cantonales, du 25 octobre 1968 (ci-après : la loi sur les prestations cantonales),⁽¹⁾

arrête :

Chapitre I Dispositions générales

Art. 1 Champ d'application et principes

¹ Le présent règlement s'applique au remboursement des frais de maladie et d'invalidité, dûment établis, énumérés à l'article 14, alinéa 1, de la loi fédérale sur les prestations complémentaires, aux bénéficiaires de prestations fédérales et cantonales complémentaires à l'AVS et à l'AI.

² Le service des prestations complémentaires (ci-après : service) peut faire examiner le caractère économique et adéquat des prestations.

³ Le département de la cohésion sociale⁽⁴⁾ (ci-après : département) édicte les directives d'application.⁽²⁾

Art. 2 Autres prestations remboursées

Sont en outre considérés comme frais de maladie et d'invalidité :

a) les frais de lunettes médicales, une fois par année, à concurrence de 150 francs pour la monture et du coût effectif des verres simples et adéquats;

b) les frais de pédicure sur prescription médicale, une fois par mois au maximum, au tarif convenu entre le service et l'association cantonale genevoise des pédicures-podologues.

Art. 3 Période déterminante pour le remboursement

¹ Les frais de maladie, d'invalidité et de moyens auxiliaires, dûment établis, sont pris en compte pour l'année civile au cours de laquelle le traitement ou l'achat a eu lieu.

² En général, la date de la facture ou du décompte de l'assureur-maladie est considérée comme déterminante. L'alinéa 3 est réservé.

³ Lorsqu'une personne bénéficiaire 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, selon les alinéas 1 et 2, des critères différents pour le calcul des frais à rembourser pendant la période déterminante.

Art. 4 Délai pour le dépôt de la demande de remboursement

Les frais mentionnés aux articles 1 et 2 sont remboursés :

a) si le remboursement est demandé dans les 15 mois à compter de la facture;

b) si les frais sont intervenus dans une période où le requérant remplissait les conditions fixées aux articles 4 à 6 de la loi fédérale sur les prestations complémentaires ou aux articles 2 et 2A de la loi sur les prestations cantonales.

Art. 5 Coordination

¹ Un droit au remboursement des frais au sens des articles 1 et 2 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'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 En cas d'augmentation du montant remboursable au sens de l'article 14, alinéa 4, de la loi fédérale sur les prestations complémentaires, 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 13 et 15 du présent règlement. Le remboursement ne peut toutefois être inférieur au montant maximal selon l'article 2, alinéa 1, lettre c, de la loi sur les prestations fédérales.

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, de la loi fédérale sur les prestations complémentaires, les alinéas 2 et 3 du présent article sont applicables par analogie.

Art. 6 Remboursement après le décès du bénéficiaire

Lorsqu'une personne prise en compte dans le calcul de la prestation complémentaire annuelle est décédée, les frais de maladie et d'invalidité ainsi que les dépenses pour moyens auxiliaires auxquels elle avait donné lieu peuvent être remboursés si ses ayants cause le demandent dans les 12 mois à compter du décès.

Art. 7 Lieu de survenance des frais

¹ Sont remboursés les frais de maladie et d'invalidité ainsi que les dépenses pour moyens auxiliaires qui sont survenus en Suisse.

² Les frais survenus 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 Les frais des cures balnéaires et des séjours de convalescence à l'étranger ne sont pas remboursés.

⁴ 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 nettement inférieur.

Chapitre II Frais de médecin, de dentiste, de pharmacie, de soins et de tâches d'assistance

Art. 8 Participation aux coûts

Sont remboursés :

a) la participation prévue par l'article 64 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie aux coûts des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'article 24 de cette loi;

b) le coût des soins répercutés sur le bénéficiaire en application de l'article 25a, alinéa 5, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.

Art. 9 Assurance avec franchise à option

Si une personne opte pour une assurance avec une franchise plus élevée au sens de l'article 93 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, la participation aux coûts remboursée s'élève à 1 000 francs par année au maximum.

Art. 10⁽³⁾ Frais de traitement dentaire

¹ Les frais de traitement dentaire sont remboursés par le service dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat. Les alinéas 2 à 6 sont réservés.

² Les honoraires des prestations dentaires et des travaux de technique dentaire sont remboursés par le service sur la base du catalogue de prestations reconnu par les assurances AA/AM/Al et à une valeur fixe du point arrêlée à 85 centimes, soit 85% du tarif dentaire AA/AM/Al. Les frais de traitement dentaire qui ne sont pas pris en charge par le service ne peuvent être répercutés sur le bénéficiaire des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI.

³ Si le coût d'un traitement dentaire (frais de laboratoire de technique dentaire inclus) dépasse 1 500 francs, un devis doit être adressé au service avant le début du traitement.

⁴ Si le coût d'un traitement dentaire s'est élevé à plus de 1 500 francs sans approbation préalable du devis, le montant maximal du remboursement se limite en principe à ce montant. Il peut exceptionnellement dépasser ce montant si le bénéficiaire démontre a posteriori que le remboursement sollicité correspond à un traitement simple, économique et adéquat.

⁵ Les devis et factures à présenter doivent être conformes aux prescriptions de l'alinéa 2.

⁶ Les frais inhérents à l'établissement du devis sont imputés au montant destiné au remboursement des frais de maladie et d'invalidité.

Art. 11 Frais pour produits diététiques

Les frais supplémentaires dûment établis, occasionnés par un régime alimentaire prescrit par un médecin et indispensable à la survie de la personne concernée, sont considérés comme frais de maladie si la personne concernée ne vit ni dans un home, ni dans un hôpital. Un montant annuel forfaitaire de 2 100 francs au maximum est remboursé.

Art. 12 Frais se rapportant à un séjour passager, de convalescence ou dans une station thermale

¹ Les frais afférents à des cures balnéaires ou à des séjours de convalescence sont remboursés, après déduction d'un montant approprié pour les frais d'entretien, si les conditions suivantes sont remplies :

- a) la cure ou le séjour de convalescence est prescrit par un médecin;
- b) la cure ou le séjour de convalescence a lieu dans un établissement reconnu par l'assureur-maladie;
- c) durant la cure ou le séjour de convalescence, la personne bénéficiaire est sous contrôle médical.

² Les directives du département fixent les montants pris en considération pour les frais hôteliers et précisent le calcul du montant remboursé.

³ La présente disposition s'applique par analogie à un séjour dans un foyer de jour/nuite ou dans une unité d'accueil temporaire de répit (UATR) au sens de l'article 26, lettres a et b, du règlement d'application de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 16 décembre 2009.

Art. 13 Frais d'aide et de soins à domicile

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 services publics ou reconnus d'utilité publique sont remboursés.

² Le département fixe les montants maximaux pris en charge par directives.

³ Les frais d'aide ainsi que les frais découlant de soins et de tâches d'assistance dispensés par des institutions privées sont remboursés dans la mesure où ils correspondent aux frais encourus dans un établissement public ou reconnu d'utilité publique.

Art. 14 Aide à l'intégration

¹ Les frais dûment établis, inhérents à l'aide nécessaire, aux tâches d'assistance apportées dans la tenue du ménage, fournis par une organisation reconnue au sens de l'article 51 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, sont remboursés.

² Sont remboursés à concurrence de 4 800 francs par année :

- a) les frais au sens de l'alinéa 1, s'ils sont dispensés par une organisation non reconnue au sens de l'article 51 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie ou par une personne privée ne vivant pas dans le même ménage que le bénéficiaire;
- b) les frais d'accompagnement socio-éducatif et de soutien administratif à domicile;
- c) les frais se rapportant à des prestations de relèvement à domicile, visant à décharger momentanément les proches qui vivent avec un bénéficiaire âgé ou invalide et qui contribuent à son maintien à domicile.

³ Le département fixe le tarif horaire remboursé.

Art. 15 Maintien à domicile

¹ Les frais pour le personnel soignant engagé directement ne sont remboursés aux bénéficiaires d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave vivant à domicile que jusqu'à concurrence des frais pour des soins et des tâches d'assistance qui ne peuvent être assumés par une organisation reconnue au sens de l'article 51 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie.

² 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 ne sont remboursés que si lesdits membres de la famille ne sont pas pris en compte dans le calcul de la prestation complémentaire.

³ Les directives fixent les conditions du remboursement.

Art. 16 Détermination du besoin en cas de maintien à domicile

¹ L'évaluation des besoins des personnes âgées est effectuée conformément à la législation sur le réseau de soins et le maintien à domicile.

² Conformément à la loi sur l'intégration des personnes handicapées, du 16 mai 2003, la commission cantonale d'indication (ci-après : la commission) détermine, pour les personnes invalides :

- a) la part des soins et des tâches d'assistance qui ne peut, dans un cas concret, être assumée par une organisation reconnue, ainsi que le profil de la personne à engager;
- b) le besoin de soins et de tâches d'assistance dispensés par des membres de la famille.

³ Au besoin, la commission peut déléguer ces tâches à des experts.

⁴ Si la commission n'est pas consultée ou si ses directives ne sont pas respectées, les frais ne sont pas remboursés.

Art. 17 Frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance afférents à des séjours dans des structures de jour

¹ Les frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance afférents à des séjours dans une structure de jour reconnue au sens de la loi sur l'intégration des personnes handicapées, du 16 mai 2003, ou de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008, sont remboursés :

- a) à la demi-journée, pour des séjours de 2 à 5 heures par jour;
- b) à la journée, pour des séjours de plus de 5 heures par jour.

² Les tarifs sont fixés par le département. ⁽²⁾

³ La part de revenu en nature pour les repas servis dans la structure de jour est déduite des frais facturés.

⁴ 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, de la loi fédérale sur les prestations complémentaires.

Art. 18 Frais de transport

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 Sont également pris en compte les frais de transport dûment établis jusqu'au lieu de traitement médical le plus proche. Sont remboursés les frais correspondant aux tarifs des transports publics pour le trajet le plus direct. Si le handicap oblige la personne bénéficiaire à recourir à un autre moyen de transport, les frais correspondants sont remboursés.

³ Les structures de jour au sens de l'article 17 sont assimilées aux lieux de traitement médical au sens de l'alinéa 2.

Chapitre III Moyens auxiliaires et appareils auxiliaires

Art. 19 Droit

¹ Dans les limites de l'article 14, alinéa 1, lettre f, de la loi fédérale sur les prestations complémentaires, 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) ou à l'obtention de ceux-ci à titre de prêt.

² Les moyens auxiliaires et les appareils auxiliaires sont définis par les directives du département.

³ Les bénéficiaires de prestations complémentaires ont, en outre, droit à un remboursement équivalent au tiers de la contribution fournie par l'assurance-vieillesse et survivants en faveur des moyens auxiliaires :

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

⁴ Sont en outre remboursés les frais d'endoprothèses anatomiques ou fonctionnelles, qui sont mises en place lors d'une intervention chirurgicale.

⁵ Un droit au remboursement des frais n'existe que dans la mesure où le moyen auxiliaire n'est pas remis par l'assurance-vieillesse et survivants, l'assurance-invalidité ou l'assurance-maladie.

⁶ Les frais d'achat ou de location des moyens auxiliaires sont remboursés à condition qu'il s'agisse de modèles simples et adéquats.

⁷ 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.

Art. 20 Attestation et expertise

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, le bénéficiaire doit produire une attestation d'un médecin, d'un service social de l'aide aux invalides ou d'un service d'ergothérapie.

² Pour ce qui est des appareils acoustiques, un expert reconnu par l'assurance-invalidité attestera que le bénéficiaire 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, de la loi fédérale sur les prestations complémentaires.

Art. 21 Remise et reprise d'appareils disponibles dans un dépôt de l'AI ou auprès d'un fournisseur conventionné

¹ Si le moyen auxiliaire ou l'appareil auxiliaire à remettre à titre de prêt est disponible dans un dépôt de l'AI ou auprès d'un fournisseur conventionné, le bénéficiaire 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 ou par les conventions conclues entre le service et le fournisseur.

Chapitre IV Dispositions finales et transitoires

Art. 22 Entrée en vigueur

Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

Art. 23⁽³⁾ Dispositions transitoires

Modification du 13 décembre 2017

Le remboursement des frais de traitement dentaire pour les traitements dont les devis ont été préalablement approuvés par le service, mais qui n'ont pas encore été effectués ni facturés avant l'entrée en vigueur de la présente modification s'effectue d'après l'ancien droit.

RSG	Intitulé	Date d'adoption	Entrée en vigueur
J 4 20.04	R relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité	15.12.2010	01.01.2011
<i>Modifications et commentaire :</i>			
1. <i>n.t.</i> : 5°cons. a. changement de la référence du règlement (anc. J 7 10.05)		27.06.2012	01.11.2012
2. <i>n.t.</i> : 1/3, 17/2		01.11.2012	01.11.2012
3. <i>n.</i> : 23; <i>n.t.</i> : 10		25.06.2014	02.07.2014
4. <i>n.t.</i> : rectification selon 7C/1, B 2 05 (1/3)		13.12.2017	01.01.2018
		04.09.2018	04.09.2018