

## Ordonnance

*du 6 septembre 2010*

### **relative au remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires (OMPCF)**

---

#### *Le Conseil d'Etat du canton de Fribourg*

Vu la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC) et son ordonnance d'exécution (OPC-AVS/AI) ;

Vu l'article 4 de la loi cantonale du 16 novembre 1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité ;

Sur la proposition de la Direction de la santé et des affaires sociales,

*Arrête :*

#### CHAPITRE PREMIER

##### Prescriptions générales

##### **Art. 1** Principes

<sup>1</sup> Les frais de maladie et d'invalidité, dûment établis, sont remboursés aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle, conformément à l'article 14 LPC, dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations.

<sup>2</sup> Les frais encourus pour des membres de la famille qui ne sont pas inclus dans le calcul de la prestation complémentaire annuelle ne sont pas remboursés.

##### **Art. 2** Montants maximaux

<sup>1</sup> Les frais de maladie et d'invalidité peuvent être remboursés, en plus de la prestation complémentaire annuelle, jusqu'à concurrence au maximum des montants fixés à l'article 14 al. 3 à 5 LPC.

<sup>2</sup> En cas de changement de situation, c'est le montant maximal valable au moment où les frais sont survenus qui est déterminant.

**Art. 3** Période déterminante pour le remboursement

<sup>1</sup> Les frais de maladie et d'invalidité sont remboursés pour l'année civile au cours de laquelle le traitement ou l'achat a eu lieu.

<sup>2</sup> En règle générale, la date de la facture est considérée comme déterminante. L'alinéa 3 est réservé.

<sup>3</sup> Lorsqu'une personne assurée ou des membres de sa famille cessent d'avoir ou de donner droit à une prestation complémentaire annuelle, les frais pouvant être remboursés sont déterminés conformément à l'alinéa 1. Il en est de même en cas de changement de canton de domicile.

**Art. 4** Délais

Les frais de maladie et d'invalidité peuvent être remboursés :

- a) si le remboursement est demandé dans les quinze mois à compter de la facture ou du décompte de l'assurance-maladie ;
- b) si les frais sont intervenus à une période au cours de laquelle les conditions prévues aux articles 4 à 6 LPC étaient réalisées.

**Art. 5** Rapport aux prestations d'autres assurances

<sup>1</sup> Un droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité n'existe que dans la mesure où ces frais ne sont pas à la charge 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.

<sup>2</sup> En cas d'augmentation du montant remboursable selon l'article 14 al. 4 LPC ou l'article 19b OPC-AVS/AI, l'allocation pour impotent de l'AI ou de l'assurance-accidents est portée en déduction des frais pour les soins et les tâches d'assistance au sens des articles 16 et 17 de la présente ordonnance. L'allocation pour impotent n'est pas déduite tant que les frais de maladie et d'invalidité à rembourser ne dépassent pas le montant maximal selon l'article 14 al. 3 LPC.

<sup>3</sup> Dans les cas visés à l'article 14 al. 5 LPC, les alinéas 1 et 2 ci-dessus sont applicables par analogie.

**Art. 6** Frais causés en Suisse et à l'étranger

<sup>1</sup> Sont remboursés les frais de maladie et d'invalidité qui sont causés en Suisse.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Les frais relatifs à des cures balnéaires ou à des séjours de convalescence à l'étranger ne sont pas remboursés.

#### **Art. 7** Remboursement après le décès

Lorsqu'une personne assurée qui entrait en considération dans le calcul de la prestation complémentaire annuelle est décédée, les frais de maladie et d'invalidité peuvent être remboursés si ses ayants cause le demandent dans les douze mois à compter du décès.

## CHAPITRE 2

### Frais de maladie et d'invalidité reconnus

#### **Art. 8** Participation aux coûts

La participation aux coûts prévue par l'article 64 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) pour les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'article 24 LAMal est remboursée.

#### **Art. 9** Assurance avec franchise à option et assurance complémentaire

<sup>1</sup> Si une personne a opté pour une assurance avec une franchise plus élevée au sens de l'article 93 de l'ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), la participation aux coûts est remboursée jusqu'à concurrence au maximum de celle qui est prévue avec la franchise minimale, selon l'article 103 al. 1 et 2 OAMal.

<sup>2</sup> Si des prestations sont prises en charge par des assurances complémentaires, les frais restants ne peuvent pas être remboursés. Ne sont cependant pas concernés les frais énumérés ci-après.

#### **Art. 10** Traitements dentaires

<sup>1</sup> Les frais de traitement dentaire sont remboursés dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat.

<sup>2</sup> Seuls sont admis les traitements effectués par un médecin dentiste porteur d'un diplôme fédéral ou qui détient une autorisation cantonale pour l'exercice de sa profession. Les couronnes, ponts ou prothèses dentaires adaptés directement par un technicien dentiste ne sont pas remboursés.

<sup>3</sup> Si le coût d'un traitement dentaire (frais de laboratoire inclus) risque, selon toute vraisemblance, de dépasser 1000 francs, un devis doit être adressé à la Caisse cantonale de compensation, avant le début du traitement.

<sup>4</sup> Les devis et factures doivent être conformes aux positions tarifaires du tarif AA/AM/AI. Seule la valeur minimale du point est prise en compte.

<sup>5</sup> En vue de déterminer si le traitement répond aux critères de l’alinéa 1 ci-dessus, la Caisse cantonale de compensation demande les compléments d’information nécessaires et soumet, au besoin, la situation à son médecin dentiste-conseil. Elle communique ensuite une prise de position à la personne assurée et au médecin dentiste traitant.

<sup>6</sup> Une approbation du devis par la Caisse cantonale de compensation n’est pas assimilable à une reconnaissance de paiement. La personne assurée est cependant en droit d’escompter qu’aucune objection de fond ne sera émise pour un traitement effectué dans les limites du devis accepté. Toutefois, le remboursement ne pourra se faire que si le montant maximal destiné au remboursement des frais de maladie et d’invalidité n’est pas atteint et si la personne a encore droit à la prestation complémentaire annuelle au moment où le traitement est effectué.

<sup>7</sup> Sur demande expresse du médecin dentiste traitant, présentée au moment de l’établissement du devis, la facture peut lui être directement remboursée dans la mesure où le traitement effectué correspond à celui qui a été accepté par la Caisse cantonale de compensation.

#### **Art. 11** Produits diététiques

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 2100 francs au maximum est remboursé.

#### **Art. 12** Transport

<sup>1</sup> Les frais de transport sont remboursés s’ils ont été occasionnés en Suisse pour :

- a) se rendre au lieu de traitement médical le plus proche ;
- b) la fréquentation d’un foyer de jour reconnu, selon la liste des établissements médico-sociaux du canton de Fribourg ;
- c) la fréquentation d’une structure de jour pour personnes handicapées au sens de l’article 18 ci-après.

<sup>2</sup> Les frais sont pris en compte selon les tarifs des transports publics pour le trajet le plus direct. Si le handicap nécessite l’utilisation d’un autre moyen de transport, les frais correspondants peuvent être remboursés. Les frais de déplacement en voiture privée sont remboursés selon les mêmes normes

que celles qui sont retenues en matière de frais de déplacement par l'administration fiscale cantonale.

**Art. 13** Court séjour dans un home, une institution ou un hôpital

<sup>1</sup> En cas de séjour passager dans un home reconnu, une institution pour personnes handicapées adultes ou un hôpital, les frais sont remboursés selon les mêmes critères que ceux qui sont applicables pour un long séjour. Toutefois, une participation correspondant aux frais de nourriture selon les taux prévus dans l'AVS est déduite.

<sup>2</sup> Toutefois, ne sont pas remboursés les frais facturés à une personne dont l'état de santé ne nécessite plus un séjour dans un hôpital et à qui il serait possible de rentrer à domicile ou d'entrer dans une institution adaptée.

**Art. 14** Cures et séjours de convalescence

<sup>1</sup> Les frais afférents à une cure balnéaire en Suisse, prescrite par un médecin, sont remboursés si la cure a eu lieu sous contrôle médical.

<sup>2</sup> Les frais afférents à un séjour de convalescence, prescrit par un médecin, sont remboursés si le séjour a eu lieu dans un home reconnu ou dans un hôpital.

<sup>3</sup> Une participation correspondant aux frais de nourriture selon les taux prévus dans l'AVS est déduite.

<sup>4</sup> La limitation prévue à l'article 2 let. a de la loi cantonale est applicable.

**Art. 15** Frais de soins, d'aide, d'accompagnement et de tâches d'assistance à domicile

<sup>1</sup> Les frais de soins, d'aide, d'accompagnement et de tâches d'assistance à domicile 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.

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

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

<sup>4</sup> Les frais de soins, d'aide 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.

<sup>5</sup> Les frais inhérents aux tâches d'assistance ainsi qu'à l'aide nécessaire pour la tenue du ménage sont remboursés jusqu'à concurrence de 6000

francs par année civile au plus si les prestations considérées sont fournies par une personne :

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

<sup>6</sup> Lors d'un remboursement au sens de l'alinéa 5, les frais facturés peuvent être pris en compte jusqu'à concurrence de 30 francs l'heure au maximum.

**Art. 16** Frais pour le personnel soignant engagé directement

<sup>1</sup> Les frais pour le personnel soignant engagé directement 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 de soins et d'aide à domicile reconnue au sens de l'article 51 OAMal.

<sup>2</sup> Le Service du médecin cantonal est compétent pour déterminer la part des soins et des tâches d'assistance qui ne peut pas être assumée par une organisation de soins et d'aide à domicile reconnue, ainsi que le profil de la personne à engager.

**Art. 17** Frais de soins et de tâches d'assistance dispensés par des membres de la famille

<sup>1</sup> Les frais de soins et de 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 :

- 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.

<sup>2</sup> Les frais peuvent être remboursés jusqu'à concurrence de la perte de gain au plus et à la condition que les soins et les tâches d'assistance ne puissent pas être assumés par une organisation de soins et d'aide à domicile reconnue au sens de l'article 51 OAMal.

<sup>3</sup> Le Service du médecin cantonal est compétent pour déterminer la part des soins et tâches d'assistance qui ne peut pas être assumée par une organisation de soins et d'aide à domicile reconnue.

**Art. 18** Frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance en structure de jour pour personnes handicapées ou inadaptées

<sup>1</sup> Les frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance dans une structure de jour reconnue pour personnes handicapées ou inadaptées sont remboursés.

<sup>2</sup> Les frais pris en compte sont limités à 45 francs au plus par jour. Une participation correspondant aux frais de nourriture selon les taux prévus dans l'AVS est déduite de ce montant.

<sup>3</sup> Les frais ne sont pas remboursés en cas de séjour dans un home avec calcul de la prestation complémentaire annuelle au sens de l'article 10 al. 2 LPC.

## CHAPITRE 3

## Moyens auxiliaires

**Art. 19** Frais de location

Les frais de location des moyens auxiliaires suivants peuvent être remboursés lorsqu'ils permettent de favoriser le maintien à domicile :

- a) lits électriques, s'il est attesté par un médecin qu'un lit électrique est indispensable pour les soins à domicile. Les frais sont remboursés aux conditions fixées dans la convention conclue avec le centre de location ;
- b) potence ;
- c) téléalarme.

**Art. 20** Frais d'achat

<sup>1</sup> Les bénéficiaires de prestations complémentaires ont droit à un remboursement équivalant au tiers de la contribution versée par l'AVS pour les moyens auxiliaires :

- a) qui figurent dans l'annexe de l'ordonnance fédérale du 28 août 1978 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse (OMAV), et
- b) pour lesquels l'AVS a alloué une contribution ne couvrant pas plus de 75% des frais admis.

<sup>2</sup> Si les conditions requises par l'OMAV pour la remise par l'AVS de chaussures orthopédiques sur mesure ne sont pas remplies, les frais relatifs à des retouches orthopédiques, semelles plantaires et autres éléments incorporés aux chaussures de série peuvent être remboursés.

## CHAPITRE 4

### Dispositions finales

#### **Art. 21** Abrogations

Sont abrogés :

- a) l'article 5 de l'arrêté du 19 mars 1971 d'exécution de la loi du 16 novembre 1965 sur les prestations complémentaires (RSF 841.3.11) ;
- b) l'ordonnance du 26 octobre 2004 désignant l'organe compétent chargé de déterminer la part des soins et des tâches d'assistance pouvant être remboursée en matière de prestations complémentaires (RSF 841.3.22).

#### **Art. 22** Entrée en vigueur

La présente ordonnance entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011.