

**Ordonnance  
relative au remboursement des frais de maladie  
et des frais résultant de l'invalidité en matière  
de prestations complémentaires  
(OMPC)**

du 29 décembre 1997 (Etat le 9 décembre 2003)

---

*Le Département fédéral de l'intérieur,*

vu l'art. 19 de l'ordonnance du 15 janvier 1971<sup>1</sup> sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OPC),  
*arrête:*

**Section 1 Prescriptions générales**

**Art. 1** Période déterminante pour le remboursement

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Les organes d'exécution peuvent, en général, considérer la date de la facture comme déterminante. L'al. 3 est réservé.

<sup>3</sup> 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'al. 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 al. 1 et 2, des critères différents pour le calcul des frais à rembourser pendant la période déterminante.

**Art. 2** Délai pour demander le remboursement

Les frais mentionnés à l'art. 1, al. 1, sont remboursés:

- a. si le remboursement est demandé dans les quinze mois à compter de la facture;
- b. si les frais sont intervenus à une époque au cours de laquelle le requérant remplissait une des conditions des art. 2a à 2d de la loi fédérale du 19 mars 1965<sup>2</sup> sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC); et

RO 1998 239

<sup>1</sup> RS 831.301

<sup>2</sup> RS 831.30

- c. s'il est satisfait au délai de carence prévu à l'art. 2, al. 2, LPC.

### **Art. 3<sup>3</sup>** Rapport aux prestations d'autres assurances

<sup>1</sup> Un droit au remboursement des frais au sens de l'art. 3d LPC<sup>4</sup> 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.

<sup>2</sup> En cas d'augmentation du montant remboursable selon l'art. 3d, al. 2<sup>bis</sup>, LPC, ou l'art. 19b, OPC, 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 art. 13 à 13b. Le remboursement ne peut toutefois être inférieur au montant maximal selon l'art. 3d, al. 2, LPC.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Dans les cas visés à l'art. 3d, al. 2<sup>er</sup>, LPC, les al. 2 et 3 sont applicables par analogie.

### **Art. 4** Remboursement après le décès de l'assuré

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 ainsi que les dépenses pour moyens auxiliaires auxquels elle avait donné lieu peuvent être remboursés si ses ayants cause le demandent dans les douze mois à compter du décès.

### **Art. 5** Frais de maladie et dépenses pour moyens auxiliaires causés à l'étranger

<sup>1</sup> Sont remboursés les frais de maladie et d'invalidité ainsi que les dépenses pour moyens auxiliaires 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 des cures balnéaires et des séjours de convalescence à l'étranger ne sont pas remboursés.

<sup>4</sup> 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.

<sup>3</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 17 nov. 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 4299).

<sup>4</sup> RS 831.30

## Section 2

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

#### Art. 6 Participation aux coûts

La participation prévue par l'art. 64 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie<sup>5</sup> (LAMal) aux coûts des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 24 LAMal est remboursée.

#### Art. 7<sup>6</sup> Assurance avec franchise à option

Si une personne opte pour une assurance avec une franchise plus élevée au sens de l'art. 93 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)<sup>7</sup>, la participation aux coûts remboursée s'élève à 1000 francs par année au plus.

#### Art. 8 Frais de traitement dentaire

<sup>1</sup> Les frais de traitement dentaire sont remboursés dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat. L'al. 3 est réservé.

<sup>2</sup> Le tarif de l'assurance-accidents, de l'assurance militaire et de l'assurance-invalidité (tarif AA/AM/AI)<sup>8</sup> est déterminant pour le remboursement des honoraires des prestations dentaires et le tarif AA/AM/AI pour le remboursement des travaux de technique dentaire.

<sup>3</sup> Si le coût d'un traitement dentaire (frais de laboratoire inclus) risque, selon toute vraisemblance, de dépasser 3000 francs, un devis doit être adressé à l'organe d'exécution en matière de PC avant le début du traitement. 3000 francs au plus seront remboursés si un traitement d'un coût supérieur à ce montant a été effectué sans approbation préalable du devis.

<sup>4</sup> Les devis et factures à présenter doivent être conformes aux positions tarifaires du tarif AA/AM/AI.

#### Art. 9 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 assurée sont considérés comme frais de maladie si ladite personne ne vit ni dans un home, ni dans un hôpital. Un montant annuel forfaitaire de 2100 francs est remboursé.

<sup>5</sup> RS 832.10

<sup>6</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 17 nov. 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 4299).

<sup>7</sup> RS 832.102

<sup>8</sup> A retirer auprès de la SUVA, Division des tarifs médicaux, case postale 4358, 6002 Lucerne

**Art. 10** Frais se rapportant à un séjour passager dans un hôpital

En cas de séjour passager dans un hôpital, un montant approprié pour l'entretien est porté en déduction de la participation aux coûts selon l'art. 6.

**Art. 11** Frais se rapportant à un séjour de convalescence

<sup>1</sup> Les frais afférents à un séjour de convalescence prescrit par le médecin sont remboursés, après déduction d'un montant approprié pour les frais d'entretien, si le séjour de convalescence s'est effectué dans un home ou dans un hôpital.

<sup>2</sup> Si un canton a prévu une limitation des frais de séjour dans un home ou dans un hôpital en se fondant sur l'art. 5, al. 3, let. a, LPC, celle-ci est applicable par analogie aux séjours de convalescence.

**Art. 12** Frais se rapportant à un séjour passager dans une station thermale

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, si, durant la cure, la personne assurée était sous contrôle médical.

**Art. 13** Frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance à domicile

<sup>1</sup> 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.

<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 ou un hôpital de jour ou dans un dispensaire, publics ou reconnus d'utilité publique, sont également remboursés.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> ...<sup>9</sup>

<sup>6</sup> 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 4800 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 Spitex non reconnue.

<sup>7</sup> Lors d'un remboursement au sens de l'al. 6, les frais facturés peuvent être pris en compte jusqu'à concurrence de 25 francs l'heure au maximum.

<sup>9</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 17 nov. 2003, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 4299).

**Art. 13a<sup>10</sup>** Frais pour le personnel soignant engagé directement

<sup>1</sup> 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 Spitex reconnue au sens de l'art. 51 OAMa<sup>11</sup>.

<sup>2</sup> Un organe désigné par le canton détermine la part des soins et des tâches d'assistance qui ne peut, dans un cas concret, être assumée par une organisation Spitex 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.

**Art. 13b<sup>12</sup>** Frais de soins et d'assistance dispensés par des membres de la famille

<sup>1</sup> 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 PC, 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.

**Art. 14** Frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance afférents à des invalides séjournant dans des structures de jour

<sup>1</sup> Les frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance afférents à des invalides séjournant dans un home de jour, un atelier d'occupation ou une structure de jour analogue sont remboursés:

- a. si la personne invalide y séjourne plus de cinq heures par jour, et
- b. si la structure de jour relève d'une institution publique ou d'une institution privée reconnue d'utilité publique.

<sup>2</sup> Les frais pris en compte sont limités à 45 francs au plus par journée passée par la personne invalide dans la structure de jour.

<sup>3</sup> Aucun frais n'est remboursé:

- a. en cas de rémunération en espèces de l'occupation supérieure à 50 francs par mois;

<sup>10</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 17 nov. 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 4299). Voir aussi les disp. fin. de cette modification à la fin de la présente ordonnance.

<sup>11</sup> RS 832.102

<sup>12</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 17 nov. 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 4299).

- b. en cas de séjour dans un home avec calcul de la PC au sens de l'art. 3b, al. 2, LPC.

### **Art. 15** Frais de transport

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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 assurée à recourir à un autre moyen de transport, les frais correspondants sont remboursés.

<sup>3</sup> Les structures de jour au sens de l'art. 14 sont assimilées aux lieux de traitement médical au sens de l'al. 2.

## **Section 3 Moyens auxiliaires et appareils auxiliaires**

### **Art. 16** Droit

<sup>1</sup> Dans les limites de l'art. 3d, al. 1, let. e, LPC, 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 ou à l'obtention de ceux-ci à titre de prêt. Les moyens auxiliaires et les appareils auxiliaires désignés dans l'annexe par une astérisque (\*) ne sont remis qu'à titre de prêt.

<sup>2</sup> 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<sup>13</sup> concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse; et
- b. pour lesquels l'AVS a fourni une contribution.

<sup>3</sup> Sont en outre remboursés les frais d'endoprothèses anatomiques ou fonctionnelles, qui sont mises en place lors d'une intervention chirurgicale.

<sup>4</sup> 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.

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

<sup>6</sup> 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

<sup>13</sup> RS 831.135.1

dépenses résultant d'un entraînement particulier à l'emploi de moyens auxiliaires ou d'appareils auxiliaires.

#### **Art. 17** Examens

<sup>1</sup> 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'un service social de l'aide aux invalides ou d'un service d'ergothérapie.

<sup>2</sup> Pour ce qui est 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.

<sup>3</sup> Les frais de ces examens et expertises sont réputés frais au sens de l'art. 3d, al. 1, let. e, LPC.

#### **Art. 18** Remise et reprise d'appareils provenant de dépôts de l'AI

<sup>1</sup> 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.

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

#### **Art. 19**<sup>14</sup>

### **Section 4 Dispositions finales**

#### **Art. 20** Abrogation du droit en vigueur

L'ordonnance du 20 janvier 1971<sup>15</sup> relative à la déduction des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires est abrogée.

#### **Art. 21** Entrée en vigueur

La présente ordonnance entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1998.

#### **Dispositions finales de la modification du 17 novembre 2003**<sup>16</sup>

<sup>1</sup> Les cantons doivent désigner l'organe au sens de l'art. 13a, al. 2, dans le délai d'une année dès l'entrée en vigueur de la modification de l'ordonnance.

<sup>2</sup> Tant que l'organe n'est pas désigné, l'art. 13a, al. 2, n'est pas applicable.

<sup>14</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 11 sept. 2002 (RO 2002 3728).

<sup>15</sup> [RO 1971 223, 1978 1391, 1982 1545, 1983 18, 1984 261, 1986 1208, 1988 96, 1990 1089, 1992 286, 1993 1266, 1996 38]

<sup>16</sup> RO 2003 4299

*Annexe*<sup>17</sup>  
(art. 16, al. 1)

## Liste des moyens auxiliaires et des appareils de traitement et de soins

### I. Moyens auxiliaires

#### 2 Orthèses

##### 2.03 *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.

#### 4 Chaussures

##### 4.02 *Retouches orthopédiques coûteuses/éléments orthopédiques incorporés aux chaussures de confection*

#### 7 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.

#### 11 Moyens auxiliaires pour les aveugles et graves handicapés de la vue

##### 11.01\* *Cannes longues d'aveugle*

##### 11.02\* *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

##### 11.03\* *Machines à écrire en Braille*

##### 11.04\* *Magnétophones*

destinés aux aveugles et aux graves handicapés de la vue pour la reproduction de littérature enregistrée sur bandes magnétiques.

<sup>17</sup> Mise à jour selon le ch. I de l'O du DFI du 16 déc. 1999, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> fév. 2000 (RO 2000 81).



**16 Moyens auxiliaires permettant d'établir des contacts avec l'entourage****16.01\*** *Machines à écrire électriques*

lorsque l'assuré, en raison de paralysies ou d'autres infirmités des membres supérieurs, ne peut écrire ni à la main, ni au moyen d'une machine à écrire ordinaire.

**16.02\*** *Machines à écrire automatiques*

lorsque l'assuré est incapable de parler et d'écrire par suite de paralysie et ne peut établir des contacts avec son entourage qu'à l'aide de cet appareil.

**16.03\*** *Magnétophones*

lorsque l'assuré paralysé, qui ne peut pas lire de façon indépendante, a réellement besoin d'un tel appareil pour reproduire de la littérature enregistrée sur bandes magnétiques.

**16.04\*** *Tourneurs de page*

lorsque l'assuré, remplissant les conditions fixées sous chiffre 16.03, a besoin de cet appareil en lieu et place d'un magnétophone.

**16.05\*** *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****20\*** *Appareils respiratoires destinés à pallier une insuffisance respiratoire***21\*** *Inhalateurs***22\*** *Installations sanitaires complémentaires automatiques*

lorsque l'assuré ne peut faire sa toilette qu'au moyen de cet appareil.

**23\*** *Elévateurs pour malades*

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

**24\*** *Lits électriques*

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

25      *Chaises percées*

26\*     *Chaises pour personnes atteintes de coxarthrose*

27\*     *Potences*

\*      Appareils à remettre à titre de prêt