



REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE  
Département de la solidarité et de l'emploi

**DIRECTIVES CANTONALES SUR LE REMBOURSEMENT DES  
FRAIS DE MALADIE ET D'INVALIDITÉ EN MATIÈRE DE  
PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES A L'AVS/AI (DFM)**

**Entrée en vigueur : 1<sup>er</sup> janvier 2011**

Annule et remplace les versions précédentes

## Index des abréviations

A	
AA	Assurance-accidents
AC	Assurance-chômage
AF	Allocations familiales
AI	Assurance-invalidité
AM	Assurance militaire
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
C	
CE	Communauté européenne
D	
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DPC	Directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI
DSE	Département de la solidarité et de l'emploi
E	
EMS	Etablissements médico-sociaux pour personnes âgées
EPH	Etablissements pour personnes handicapées
F	
FM	Frais de maladie et d'invalidité
FSASD	Fondation des services d'aide et de soins à domicile
L	
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LGEPA	Loi cantonale sur la gestion des établissements pour personnes âgées
LIPH	Loi cantonale sur l'intégration des personnes handicapées
LPC	Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI
LPCC	Loi cantonale sur les prestations cantonales complémentaires à l'AVS/AI
LPFC	Loi cantonale sur les prestations fédérales complémentaires à l'AVS/AI
LSDom	Loi cantonale sur le réseau de soins et le maintien à domicile
O	
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
OMAV	Ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse
OPC	Ordonnance sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI
P	
PC	Prestation complémentaire
PCC	Prestation complémentaire cantonale
PCF	Prestation complémentaire fédérale
R	
RFMPC	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
RIPH	Règlement d'application de la loi sur l'intégration des personnes handicapées
RPFC	Règlement d'application de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité
RSDom	Règlement d'application de la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile
S	
SPC	Service des prestations complémentaires
T	
TPG	Transports publics genevois
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
U	
UATR	Unité d'accueil temporaire et de répit

## TABLE DES MATIERES

<b>Chapitre I :</b>	<b>Conditions générales</b>	<b>5</b>
a)	Frais de maladie et d'invalidité	5
b)	Frais incombant à l'ayant droit	5
c)	Autres conditions	6
d)	Délai de présentation	6
<b>Chapitre II :</b>	<b>Montant maximum du remboursement</b>	<b>6</b>
a)	Changement au sein d'une communauté de personnes	7
b)	Entrée dans un home ou sortie d'un home en cours d'année civile	8
c)	Aucune limitation selon la durée en mois du droit	8
d)	Droit à la PC annuelle	8
<b>Chapitre III :</b>	<b>Droit en cas de suppression de la PC annuelle</b>	<b>8</b>
<b>Chapitre IV :</b>	<b>Coordination : prise en compte de l'allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI et de l'AA (art. 5 RFMPC)</b>	<b>9</b>
<b>Chapitre V :</b>	<b>Changement du canton de domicile</b>	<b>10</b>
<b>Chapitre VI :</b>	<b>Paiement</b>	<b>10</b>
<b>Chapitre VII :</b>	<b>Prescriptions particulières pour les divers genres de frais</b>	<b>10</b>
a)	Participation aux coûts	10
b)	Frais de médecin (art. 8 RFMPC)	11
c)	Frais de pharmacie	11
d)	Matériel de soins (bandage, produits) ; opérations de chirurgie esthétique	12
e)	Frais de traitement dentaire (art. 10 RFMPC)	12
f)	Frais pour produits diététiques (art. 11 RFMPC)	14
g)	Hôpital, home médicalisé ou autre home	14
h)	Frais pour traitement ambulatoire dans un hôpital ou dans un home médicalisé	15
i)	Séjour à l'hôpital dans l'attente d'une place en EMS	15
j)	Frais de séjour de convalescence ou dans une station thermale (art. 12 RFMPC)	15
k)	Frais d'aide et de soins à domicile (art.13 RFMPC)	16
l)	Frais d'aide à l'intégration (art. 14 RFMPC)	17

m) Frais de maintien à domicile (art. 15 RFMPC) .....	18
- Frais pour personnel soignant engagé directement (art. 15, al. 1 RFMPC) .....	18
- Frais de soins et d'assistance dispensés par des membres de la famille (art. 15, al. 2 RFMPC) .....	19
- Remboursement des frais de maintien à domicile .....	19
n) Frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance afférents à des séjours dans des structures de jour ou de jour / nuit (art. 17 RFMPC) .....	19
o) Frais de transport (art. 18 RFMPC) .....	20
- Transports occasionnés par une urgence ou un transfert .....	20
- Transports jusqu'au lieu de traitement médical le plus proche .....	20
p) Frais de pédicure .....	20
<b>Chapitre VIII : Remise ou financement de moyens auxiliaires, d'appareils auxiliaires de soins et d'appareils de traitement (ci-après : moyens auxiliaires) (art. 19 ss RFMPC) .....</b>	<b>21</b>
a) Prestations d'assurance .....	21
b) Lors d'excédent de revenus .....	22
c) Remise à titre de prêt .....	22
d) Prescriptions dans l'AI .....	22
e) Qualité des moyens auxiliaires .....	22
f) Attestation .....	22
- Renonciation à une attestation pour le remboursement des frais .....	23
- Frais d'attestation, d'expertises, d'examens et d'adaptation .....	23
g) Autres frais relatifs aux moyens auxiliaires .....	23
- Réparations .....	23
h) Séjour dans un home .....	23
i) Dispositions spéciales concernant certains moyens auxiliaires .....	24
- Lunettes pour aphaques ou verres de contact après opération de la cataracte .....	24
- Lits électriques .....	24

#### Annexes

1. Arrêté du Conseil d'Etat du 23 juin 2010 déterminant la contribution personnelle des assurés aux coûts des soins de longue durée non pris en charge par les assurances sociales et fournis en ambulatoire ou en établissements médico-sociaux;
2. Arrêté du Conseil d'Etat du 13 octobre 2010 relatif aux tarifs des prestations de la Fondation des services d'aide et de soins à domicile non à charge de l'assurance obligatoire des soins, pour l'année 2011;
3. Liste des moyens auxiliaires et des appareils de traitement et de soins.

## Chapitre I : Conditions générales

### a) Frais de maladie et d'invalidité

1.1.	<p>Les frais de maladie et d'invalidité suivants (dénommés ci-après : FM) peuvent être remboursés si les conditions sont réalisées (art. 3, al. 1, lettre b et 14 LPC et/ou art. 3, al. 4 LPCC) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal;</li><li>- frais de traitement dentaire;</li><li>- frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance à domicile ou dans d'autres structures de jour ou de jour / nuit;</li><li>- frais liés aux cures balnéaires, aux séjours passagers et de convalescence prescrits par un médecin;</li><li>- frais d'aide à l'intégration;</li><li>- frais liés à un régime alimentaire particulier;</li><li>- frais de transports vers le centre de soins le plus proche;</li><li>- frais de moyens auxiliaires, dûment établis.</li></ul> <p>Sont en outre considérés comme FM, en vertu de la législation sur les PCC, les frais suivants (art. 3, al. 5 LPCC, art. 2 et 8, lettre b RFMPC) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- les frais de lunettes médicales;</li><li>- les frais de pédicure;</li><li>- le coût des soins répercutés sur le bénéficiaire en application de l'art. 25a, al. 5 LAMal.</li></ul>
------	---

### b) Frais incombant à l'ayant droit

1.2.	<p>Les FM doivent en principe incomber aux bénéficiaires de la PC eux-mêmes ou à des membres de la famille englobés dans le calcul de la PC annuelle. Les FM de membres de la famille qui ne sont pas englobés dans le calcul de la PC annuelle ne sont pas pris en considération.</p>
1.3.	<p>Les frais pris en charge ou qui doivent être supportés par un tiers en vertu d'une obligation juridique - par exemple prestation de l'assurance-maladie, de l'assurance-accidents ou d'autres assurances, contrat d'entretien viager, obligation d'entretien - ne peuvent pas être remboursés, à moins qu'il ne soit établi que le tiers débiteur (tel que par exemple le débiteur d'un contrat d'entretien viager) n'est pas en mesure de faire face à son obligation ou que l'on ne saurait exiger de lui qu'il la remplisse.</p>
1.4.	<p>Il n'est pas tenu compte de l'octroi éventuel d'une allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI, de l'AA ou de l'AM (art. 5, al. 1, 2<sup>e</sup> phrase RFMPC). Les exceptions sont réglées aux N<sup>os</sup> 4.1. ss ci-dessous.</p>
1.5.	<p>Les FM payés à titre d'avance par des autorités d'assistance et des institutions d'utilité publique ou payés par des parents et des connaissances sans qu'ils y soient tenus juridiquement doivent être remboursés.</p>

**c) Autres conditions**

1.6.	<p>Les FM ne peuvent être remboursés que si la date du décompte de l'assureur-maladie ou de la facture correspond à un moment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- auquel le bénéficiaire de la PC avait droit à une rente AVS/AI, à une allocation pour impotent de l'AI après l'accomplissement de sa 18<sup>ème</sup> année, ou à une indemnité journalière de l'AI (au sens de l'art. 4, al. 1, lettre c, LPC), ou en présence d'une situation telle que prévue aux N<sup>os</sup> 2016.6 ou 2016.7 DPC (aucun droit à la rente faute de satisfaire à la durée de cotisation minimale);</li> <li>- auquel il aurait été possible de prétendre à une PC. Les étrangers, les réfugiés et les apatrides peuvent ainsi faire valoir des FM si, à la date du décompte de l'assureur-maladie ou de la facture, le délai de carence est écoulé. Les personnes soumises aux règlements 1408/71 et 574/72 n'ont aucun délai de carence à remplir. Un ancien Suisse de l'étranger peut faire valoir des frais dès s'ils sont survenus après qu'il ait établi son domicile en Suisse.</li> </ul>
------	---

**d) Délai de présentation**

1.7.	<p>Les FM peuvent être remboursés si le bénéficiaire de PC les fait valoir auprès du SPC (art. 4, lettre a RFMPC) dans les 15 mois qui suivent l'établissement de la facture ou du décompte de l'assureur-maladie, ou à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la facture ou du décompte.</p>
1.8.	<p>Les FM d'un bénéficiaire décédé peuvent être remboursés si la succession en fait la demande dans les 12 mois qui suivent le décès de l'ayant droit (art. 6 RFMPC) et dans le délai prévu au N° 1.7. ci-dessus.</p>

**Chapitre II : Montant maximum du remboursement**

2.1.	<p>Le montant du remboursement des FM est limité. En sus de la PC annuelle, il peut atteindre au maximum les montants prévus par l'art. 2, al. 1, lettre c LPFC, renvoyant à l'art. 14, al. 3 LPC (voir le tableau 1a de l'annexe I DPC) et dans les limites mentionnées à l'art. 3, al. 4 LPCC.</p>
2.2.	<p>Pour les personnes à domicile au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AI ou de l'AA de degré moyen ou grave, les montants selon le N° 2.1. ci-dessus sont augmentés conformément à l'art. 14, al. 4 LPC et à l'art. 19b OPC (voir aussi tableau 1b de l'annexe I DPC).</p>
2.3.	<p>L'augmentation selon le N° 2.2. ci-dessus intervient également lors de l'octroi d'une allocation pour impotent de l'AVS, si une allocation pour impotent de l'AI de degré moyen ou grave a été versée précédemment (voir art. 14, al. 5 LPC).</p>

R

2.4.	<p>L'augmentation selon le N° 2.2. ci-dessus intervient si les frais dûment établis de soins et d'assistance sont plus élevés que l'allocation pour impotent et que les montants prévus à l'art. 14, al. 3, lettre a, chiffres 1 et 2 LPC, avant déduction de l'allocation pour impotent, ne suffisent pas à rembourser tous les FM (voir exemples ci-après, N° 4.2. ci-dessous).</p> <p>L'augmentation n'est prévue que pour le remboursement des frais de soins et d'assistance au sens des art. 13 et 15 RFMPC.</p>
2.5.	<p>Dans les cas prévus au N<sup>os</sup> 2013.1 et 2013.2 DPC (PCF plafonnées), additionnés aux montants de la PC annuelle et de la rente AVS ou AI, le versement ne saurait dépasser le montant minimum de la rente ordinaire complète correspondante.</p>
2.6.	<p>La date de l'achat, respectivement de l'établissement de la facture ou du décompte de l'assurance-maladie est déterminante.</p>
2.7.	<p>Si aucune PC annuelle n'est versée en raison d'un excédent de revenus, (revenu déterminant supérieur aux dépenses reconnues), le remboursement s'opère selon la formule suivante :</p> <p>FM dûment établis, moins le montant de l'excédent de revenus. Exemple : excédent de revenus = 3 000 F, frais de dentiste = 5 000 F; remboursement = 2 000 F.</p> <p>Le montant maximum destiné au remboursement des FM (voir N° 2.1. ci-dessus) ne saurait à cet égard être dépassé.</p>

**a) Changement au sein d'une communauté de personnes**

2.8.	<p>Lorsqu'un changement survient au sein d'une communauté de personnes en cours d'année (décès d'un conjoint, mariage, divorce, etc.), le nouveau montant maximum déterminant est fixé en fonction de la nouvelle situation donnée.</p> <p>Exemple : couple vivant à domicile et dont l'un des conjoints décède le 15 avril :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- montant maximum de janvier à avril : 50'000 F</li> <li>- montant maximum dès le mois de mai : 25'000 F.</li> </ul>
2.9.	<p>Les FM remboursés sous l'empire de l'ancien calcul PC n'ont aucune influence sur le nouveau montant maximum. Les frais de traitement encourus dans la période précédent le changement sont imputés au montant maximum précédemment déterminant.</p>
2.10.	<p>Lorsque le bénéficiaire, supprimé dans le calcul de la PC, fonde un droit propre à une PC (femme divorcée, bénéficiaire d'une rente AI, etc.), le montant maximum susceptible de lui être remboursé est fixé sur la base de la nouvelle situation. Les FM remboursés dans le cadre du calcul de l'ancienne PC n'ont pas d'incidence sur le nouveau montant maximum.</p>

**b) Entrée dans un home ou sortie d'un home en cours d'année civile**

2.11.	Lors d'une entrée dans un home ou d'une sortie d'un home en cours d'année civile, le N° 2.8. ci-dessus est applicable par analogie.
2.12.	<p>Exemples :</p> <p>Personne seule entrant dans un home le 1<sup>er</sup> avril :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- montant maximum de janvier à mars : 25'000 F</li> <li>- montant maximum d'avril à décembre : 6'000 F</li> </ul> <p>Personne seule entrant dans un home le 20 janvier :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- montant maximum pour janvier : 25'000 F</li> <li>- montant maximum de février à décembre : 6'000 F</li> </ul> <p>Personne seule quittant un home le 10 décembre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- montant maximum de janvier à novembre : 6'000 F</li> <li>- montant maximum pour décembre : 25'000 F</li> </ul> <p>Couple vivant à domicile et dont l'un des conjoints entre dans un home médicalisé le 1<sup>er</sup> avril :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- montant maximum de janvier à mars : 50'000 F</li> <li>- montant maximum d'avril à décembre : <ul style="list-style-type: none"> <li>pour le conjoint à domicile : 25'000 F</li> <li>pour le conjoint dans le home : 6'000 F</li> </ul> </li> </ul>

**c) Aucune limitation selon la durée en mois du droit**

2.13.	Le montant maximum au sens du N° 2.1. ci-dessus peut être remboursé, même si, en raison du début du droit à une rente, de l'écoulement du délai de carence pour les étrangers, du changement de domicile à l'étranger ou de la suppression de la PC annuelle, il existe un droit à une PC pour une partie de l'année seulement.
-------	---

**d) Droit à la PC annuelle**

2.14.	Une demande de remboursement de FM peut fonder un droit à une PC annuelle. Si l'on constate qu'il existe un droit à une PC annuelle, elle doit être versée à partir du mois au cours duquel le bénéficiaire a fait valoir les FM.
-------	---

**Chapitre III : Droit en cas de suppression de la PC annuelle**

3.1.	Lorsqu'une PC annuelle en cours est supprimée (excédent de revenus, départ à l'étranger, suppression du droit à une rente, etc.), des FM peuvent être ultérieurement remboursés pour autant que la date du décompte ou de la facture corresponde à un moment où le droit à une PC annuelle était en vigueur.
------	--

R

### Chapitre IV : Coordination : prise en compte de l'allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI et de l'AA (art. 5 RFMPC)

4.1.	<p>L'allocation pour impotent de l'AI ou de l'AA, de degré moyen ou grave est - pour les personnes à domicile - déduite des frais de soins et d'assistance dûment établis, dans la mesure où (voir aussi N° 2.2. ci-dessus) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les frais dûment établis sont supérieurs au montant de l'allocation pour impotent, et</li> <li>- le montant prévu à l'art. 14 al. 3, lettre a, chiffres 1 et 2 LPC (voir tableaux 1a et 1b de l'annexe I DPC) ne suffit pas, avant déduction de l'allocation pour impotent, à rembourser la totalité des FM.</li> </ul>
4.2.	<p>Le remboursement des frais se déroule en 3 étapes, décrites ci-après, pour une personne seule au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Au début de l'année civile, un montant de 25'000 F est disponible, pour le remboursement de tous types de FM reconnus par la législation;</li> <li>2. Lorsque le montant de 25'000 F est épuisé, seuls des frais liés au maintien à domicile peuvent être présentés. Cependant, l'allocation pour impotent devant être utilisée en priorité pour couvrir ces frais, son montant total est converti en franchise. Les frais seront comptabilisés, mais ne seront pas remboursés, jusqu'à concurrence du montant de l'allocation pour impotent de degré moyen ou grave.</li> <li>3. Lorsque le montant des frais présentés dépasse le montant de l'allocation pour impotent de degré moyen ou grave, le montant disponible pour le remboursement des frais est relevé de 35'000 F pour les bénéficiaires d'une allocation pour impotent de degré moyen, respectivement de 65'000 F en cas d'allocation pour impotent de degré grave.</li> </ol> <p>Au total, c'est une somme de 60'000 F (allocation pour impotent de degré moyen), respectivement de 90'000 F (allocation pour impotent de degré grave), qui peut être versée par année civile, dans l'exemple précité.</p>
4.3.	<p>Si l'assurance-maladie a tenu compte de l'allocation pour impotent de l'AI ou de l'AA lors du remboursement des frais de soins et d'assistance à domicile, aucune déduction de l'allocation pour impotent des frais dûment établis n'est opérée à concurrence du montant pris en compte par l'assurance-maladie.</p>
4.4.	<p>L'augmentation du montant selon le N° 2.2. ci-dessus n'est destinée qu'au remboursement des frais de soins et d'assistance au sens des art. 13 et 15 RFMPC. Une déduction de l'allocation pour impotent ne peut intervenir que dans le cadre de ces frais. Elle ne saurait intervenir pour des frais afférents à des invalides séjournant dans des structures de jour selon l'art. 17 RFMPC.</p>
4.5.	<p>Pour d'autres exemples, voir VSI 2003 p. 404 ss.</p>
4.6.	<p>Les N°s 4.1. à 4.4. ci-dessus s'appliquent également dans le cas d'une allocation pour impotent de l'AVS qui a succédé à une allocation pour impotent de l'AI de degré moyen ou grave.</p>

R.

## Chapitre V : Changement du canton de domicile

5.1.	Le canton dans lequel le bénéficiaire de PC était domicilié à la date du décompte ou de la facture doit rembourser les FM. Les frais remboursés dans l'ancien canton de domicile doivent, en cas de transfert de domicile dans un autre canton dans le courant de l'année civile, être imputés sur le montant déterminant pour le remboursement des FM (voir tableau 1a de l'annexe I DPC) du nouveau canton de domicile.
------	---

## Chapitre VI : Paiement

6.1.	Les frais attestés par une facture ou une quittance sont remboursables, que la facture soit payée ou non. Les FM sont, en principe, remboursés au bénéficiaire de PC. Toutefois, les frais facturés qui n'ont pas encore été acquittés peuvent être remboursés directement au fournisseur des prestations (art. 14, al. 7 LPC).
6.2.	En cas de décès du bénéficiaire, le remboursement tombe dans la succession. Lorsque les frais ont été avancés par une autorité d'assistance ou lorsqu'aucun ayant cause ne s'annonce, de sorte que la succession n'est liquidée ni officiellement, ni selon les règles de la faillite, le remboursement peut être effectué directement au créancier ou à l'organe ayant fait des avances. Les frais facturés qui n'ont pas encore été acquittés peuvent être remboursés directement au fournisseur des prestations (art. 14, al. 7 LPC).

## Chapitre VII : Prescriptions particulières pour les divers genres de frais

### a) Participation aux coûts

7.1.	La participation aux coûts prévue par l'art. 64 LAMal est prise en compte par les PC pour les coûts de prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 24 LAMal (art. 8, lettre a RFMPC).
7.2.	La participation aux coûts au sens de l'art. 64 LAMal comprend un montant fixe par année (franchise) et 10 % - voire 20 % pour certains médicaments - des coûts qui dépassent la franchise (quote-part).
7.3.	<p>La participation aux coûts susceptible d'être prise en compte, par bénéficiaire de PC, ne peut pas être supérieure à 1'000 F par année civile (voir art. 9 RFMPC).</p> <p>La composition du montant n'a pas d'importance. Si une personne a, par exemple, opté en faveur d'une franchise de 300 F et doit payer une quote-part de 325 F, le montant remboursé sera de 625 F. Si une autre personne a opté en faveur d'une franchise de 500 F et doit payer une quote-part de 700 F, le montant remboursé sera de 1'000 F.</p>

7.4.	<p>La contribution personnelle aux coûts des soins de longue durée dispensés en ambulatoire, au sens de l'art. 25a, al. 5 LAMal, est remboursée au bénéficiaire de PC. Selon l'arrêté du Conseil d'Etat du 23 juin 2010, cette contribution personnelle s'élève à 10 % au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral pour l'année 2011 <a href="#">(annexe 1 DFM)</a>.</p> <p>Dans les cas des soins aigus et de transition dispensés en ambulatoire au sens de l'article 25a, al. 2 LAMal, la prise en charge par le SPC de la franchise et de la quote-part se réfère aux chiffres 1.1. et 7.2. de la présente.</p>
7.5.	<p>Pour les résidents d'un home médicalisé, par dérogation au N° 7.1. ci-dessus, le SPC rembourse le montant de la participation aux coûts (franchise et quote-part) de 1'000 F sans que le bénéficiaire PC n'ait à lui adresser les documents y relatifs.</p>
7.6.	<p>Si des prestations sont prises en charge par des assurances complémentaires (par ex. 50 % du coût de médicaments non pris en charge par l'assurance obligatoire), les frais restants ne peuvent pas être remboursés par les PC.</p> <p>Ne sont pas concernés par cette réglementation les frais restants issus d'un traitement dentaire, de prestations d'aide, de soins et d'assistance à domicile, de cures, de séjours de convalescence, de transports et de moyens auxiliaires, dans la mesure où les conditions de remboursement desdits frais sont remplies.</p>
7.7.	<p>Les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins - aux conditions et dans l'étendue prévues par les art. 32 à 34 LAMal - sont mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal.</p>
7.8.	<p>Les fournisseurs de prestations autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins sont mentionnés aux art. 35 à 40 LAMal, ainsi qu'aux art. 44 à 55 OAMal.</p>

#### b) Frais de médecin (art. 8 RFMPC)

7.9.	<p>Les frais de médecin sont pris en considération si, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, l'assureur-maladie prend en charge le 90 % de ces frais ou impute le montant correspondant à la franchise (voir le N° 7.1. ci-dessus). Demeurent réservés les cas visés par l'art. 7 RFMPC.</p>
------	--

#### c) Frais de pharmacie

7.10.	<p>Si l'assureur-maladie prend en charge le 90 % des frais de pharmacie dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins ou en impute le montant correspondant à la franchise, alors les PC peuvent intervenir pour le remboursement des frais restants (voir le N° 7.1. ci-dessus).</p>
-------	--

**d) Matériel de soins (bandage, produits) ; opérations de chirurgie esthétique**

7.11.	Les frais d'opération de chirurgie esthétique ne peuvent pas être pris en considération.
7.12.	<p>Les frais dûment établis du matériel utilisé pour les soins (bandage, produit) peuvent être remboursés si l'assureur-maladie prend en charge, dans le cadre de l'assurance-obligatoire des soins, le 90 % des frais y relatifs, ou en impute le montant correspondant à la franchise (voir le N° 7.1. ci-dessus).</p> <p>Des prestations facturées séparément par les homes, en sus du prix de pension et non prises en compte par l'assurance-maladie, ne peuvent pas être prises en charge par les PC.</p>

**e) Frais de traitement dentaire (art. 10 RFMPC)**

7.13.	Les frais de traitement dentaire sont pris en considération s'ils sont facturés par des dentistes titulaires d'un diplôme fédéral ou qui détiennent une autorisation cantonale pour l'exercice de leur profession.
7.14.	Les frais facturés par des dentistes titulaires d'un diplôme étranger ne sont déductibles que si ces personnes sont autorisées à exercer leur métier en qualité d'indépendant.
7.15.	<p>En principe, les frais de traitement dentaire (frais de dentiste, travaux de technique dentaire, matériel, médicaments) ne peuvent être pris en compte dans le cadre des PC que s'il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat.</p> <p>Les frais de couronnes, de ponts ou de prothèses dentaires ne peuvent être pris en compte que si les traitements correspondants ont été effectués par un médecin-dentiste ou par un technicien-dentiste (dans cette dernière hypothèse, uniquement prothèses totales ou partielles, sans ponts, ni couronnes) habilité à exercer en qualité d'indépendant.</p>
7.16.	<p>Le tarif de l'assurance-accidents, de l'assurance militaire et de l'assurance-invalidité (tarif AA/AM/AI) est déterminant pour le remboursement des honoraires des prestations dentaires et pour le remboursement des travaux de technique dentaire.</p> <p>Le tarif peut être obtenu auprès de la SUVA, Division des tarifs médicaux, case postale 4358, 6002 Lucerne.</p>
7.17.	<p>Les factures du dentiste et du laboratoire de technique dentaire doivent être établies conformément aux positions du tarif AA/AM/AI. Elles mentionnent le numéro de la dent, la position du tarif, la quantité (par ex. 1, 2 ou 3 radiographies), le genre de traitement (précision de la position du tarif), le nombre de points et la valeur du point.</p> <p>Si le traitement n'est pas conforme au devis approuvé, les modifications du plan de traitement doivent ressortir très clairement de la facture.</p>

7.18.	<p>Avant d'entreprendre un traitement d'une certaine ampleur, un devis détaillé selon le tarif AA/AM/AI est adressé au SPC. Le traitement est d'une certaine ampleur lorsque son coût est supérieur à 3'000 F. S'il faut s'attendre à des frais de laboratoire, un devis conforme au tarif AA/AM/AI est également présenté par le laboratoire de technique dentaire concerné.</p>
7.19.	<p>Les documents à présenter doivent être conformes aux normes LAA. La situation telle qu'elle se présente avant le début du traitement (descriptif de la denture, état des dents) doit clairement ressortir de la documentation, ainsi que le traitement préconisé. En effet, le dentiste-conseil doit être en mesure d'apprécier dans le détail le traitement préconisé au regard des documents fournis.</p> <p>Le devis fournira tous les renseignements utiles au sujet du numéro de la dent, de la position du tarif, de la quantité, du genre de traitement (précision de la position du tarif), du nombre de points et de la valeur du point.</p> <p>Les radiographies utiles à l'appréciation du devis lui seront jointes en annexe. A la demande du dentiste-conseil, les modèles d'étude seront annexés en cas de remplacement par point ou prothèse. S'il existe, l'examen du parodonte sera également joint.</p>
7.20.	<p>Si le traitement dentaire devisé est supérieur à 3'000 F, le SPC adresse le devis correspondant au dentiste-conseil. Selon les situations, des devis d'un montant inférieur peuvent aussi être présentés au dentiste-conseil.</p>
7.21.	<p>Une approbation du devis par le SPC ne saurait être assimilée à une reconnaissance de paiement. Le bénéficiaire est toutefois en droit d'escompter qu'aucune objection de fond ne sera émise dans le cadre d'un traitement opéré dans les limites du devis approuvé. Nonobstant, un remboursement total des frais n'est possible que si le montant destiné au remboursement des FM (voir tableau 1a de l'annexe I DPC) le permet, qu'il n'y ait aucun excédent de revenus et que le droit aux PC existe. La décision rendue au sujet du devis mentionne expressément que son approbation ne saurait être assimilée à une reconnaissance de paiement.</p>
7.22.	<p>Les frais inhérents à l'établissement du devis sont imputés au montant destiné au remboursement des FM.</p>
7.23.	<p>Si le coût d'un traitement dentaire (frais de laboratoire inclus) est de plus de 3'000 F sans approbation préalable du devis, le montant maximal du remboursement s'élève en principe à 3'000 F.</p> <p>Il peut exceptionnellement dépasser cette limite si le bénéficiaire démontre a posteriori, par la production de toutes les pièces utiles (descriptif détaillé de l'état dentaire d'avant traitement, radiographies, etc.), que le remboursement sollicité concerne un traitement simple, économique et adéquat.</p>

7.24.	Les bénéficiaires PC sont régulièrement informés qu'ils devraient attirer l'attention du dentiste-traitant sur leur statut de bénéficiaire PC et sur le fait qu'un devis doit être présenté avant d'entreprendre des traitements dentaires d'une certaine ampleur.
7.25.	En principe, le SPC paie les honoraires directement au médecin-dentiste, sauf si le bénéficiaire fournit la preuve qu'il a déjà réglé la facture, au moyen d'un justificatif du paiement.

**f) Frais pour produits diététiques (art. 11 RFMPC)**

7.26.	<p>Pour les personnes vivant dans un home ou dans un hôpital, les frais pour produits diététiques doivent être inclus dans le prix de pension (voir le N° 4015 DPC).</p> <p>Les demandes de prise en charge de frais pour produits diététiques font l'objet d'une expertise médicale.</p>
-------	---

**g) Hôpital, home médicalisé ou autre home**

7.27.	Sont considérées comme hôpital les institutions qui remplissent les conditions prévues par l'art. 39 LAMal.
7.28.	<p>Sont considérés comme homes les EMS, au sens de la LGEPA, ainsi que les EPH, au sens de la LIPH.</p> <p>Sont considérés comme autres homes, les établissements au bénéfice d'une autorisation d'exploiter délivrée par l'autorité cantonale et accueillant des personnes au bénéfice d'une rente AI ou AVS (notamment les établissements spécialisés dans le traitement des dépendances).</p> <p>Des séjours dans des hôpitaux, homes médicalisés ou autres homes situés en dehors du canton peuvent être remboursés, pour autant qu'ils soient reconnus par l'organe PC du canton dans lequel ils se situent.</p>
7.29.	<p>En cas de séjour dans un hôpital, seuls peuvent être pris en compte les coûts pour lesquels l'assureur-maladie intervient à raison de 90 % dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins ou qui sont imputés à la franchise pour le montant correspondant.</p> <p>Lors d'un séjour durable dans un home ou dans un hôpital, voir les N°s 4001 ss DPC.</p>

R

**h) Frais pour traitement ambulatoire dans un hôpital ou dans un home médicalisé**

7.30.	Est considéré comme un traitement ambulatoire dans un hôpital ou dans un home médicalisé le traitement qui a lieu dans un tel établissement sans que le patient n'y séjourne (c'est-à-dire sans qu'il n'y passe une nuit). Pour le remboursement des frais encourus, on applique par analogie le N° 7.29. 1 <sup>ère</sup> partie, ci-dessus.
-------	---

**i) Séjour à l'hôpital dans l'attente d'une place en EMS**

7.31.	La prise en charge des frais de séjour à l'hôpital, dans l'attente d'une place dans un home fait l'objet d'une procédure spécifique. Un patient est considéré comme étant en attente d'une place en EMS lorsqu'il est établi que son état de santé n'exige plus de soins en milieu hospitalier et qu'un transfert dans un home doit être organisé dans les meilleurs délais, un retour au domicile n'étant plus possible. Dans ces conditions, l'assureur-maladie suspend la prise en charge du forfait d'hospitalisation et verse un forfait journalier de pension « attente de place EMS ». Les PC sont calculées comme pour les personnes séjournant dans un home - voir N° 4001ss DPC).
-------	---

**j) Frais de séjour de convalescence ou dans une station thermale (art. 12 RFMPC)**

7.32.	<p>Les séjours dans une station thermale sont pris en considération par le SPC aux conditions cumulatives suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- le séjour est prescrit par un médecin;</li><li>- la cure est effectuée sous contrôle médical (visite d'entrée / de sortie, physiothérapie, etc.);</li><li>- la cure a lieu dans un établissement reconnu au sens de la LAMal et figurant sur la liste établie par le département fédéral de l'intérieur.</li></ul> <p>Les frais occasionnés par des séjours de convalescence effectués en vue de décharger les proches peuvent également être pris en compte lorsque le séjour en question s'effectue dans un home, un hôpital, ou dans une UATR pour personnes en perte d'autonomie partielle ou provisoire.</p> <p>Aucun remboursement ne peut intervenir pour des cures balnéaires ou des séjours de convalescence effectués à l'étranger.</p>
-------	---

7.33.	<p>Les frais de séjour dans une station thermale sont pris en charge de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- remboursement de la part des frais médicaux non couverte par l'assureur-maladie (quote-part de 10 %);</li> <li>- prise en charge des frais hôteliers pour un maximum de 90 F par jour, sous déduction de la participation de l'assureur-maladie aux frais hôteliers, le cas échéant, ainsi que d'un montant approprié pour l'entretien, à savoir la totalité du montant prévu selon le N° 2067 DPC pour la nourriture.</li> </ul>
7.34.	<p>Pour tout séjour passager, le bénéficiaire doit supporter lui-même un montant approprié pour l'entretien, à savoir la totalité du montant prévu selon le N° 2067 DPC pour la nourriture.</p>

**k) Frais d'aide et de soins à domicile (art.13 RFMPC)**

7.35.	<p>Le SPC prend en charge la part des prestations LAMal non couverte par l'assureur-maladie. Font partie des prestations au sens de la LAMal, les soins prodigués par une infirmière, ainsi que les soins de base qui doivent être donnés en raison de l'âge, d'une maladie, d'un accident ou d'une invalidité. Il faut entendre par soins de base l'aide nécessaire pour se lever, s'habiller, se baigner, prendre les repas et pour d'autres actes physiques indispensables.</p>
7.36.	<p>Les organisations de soins et d'aide à domicile reconnues au sens de l'art. 51 OAMal sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Association des sages-femmes à domicile</li> <li>- PERMED conseil en personnel SA</li> <li>- Association le lien des gardes-malades</li> <li>- Fondation des services d'aide et de soins à domicile - FSASD</li> <li>- SITEX SA</li> <li>- Service d'assistance à domicile pour la ville et la campagne</li> <li>- Ligue pulmonaire genevoise</li> <li>- Coopérative des soins infirmiers - CSI</li> <li>- Association des pharmacies du canton de Genève</li> <li>- Presti-Services SARL</li> </ul> <p>Si une organisation n'est pas admise au sens de l'art. 51 OAMal, aucun frais de soins ou de soins de base ne peut être remboursé.</p>

7.37.	<p>S'agissant des frais d'aide à domicile non couverts par l'assurance-maladie de base, les tarifs maximaux pris en charge par le SPC sont ceux de la FSASD fixés par l'arrêté du Conseil d'Etat du 13 octobre 2010 (annexe 2), à concurrence de 25 F au maximum.</p> <p>Si des organisations privées facturent un tarif supérieur, seuls les frais qui correspondent aux tarifs de la FSASD peuvent être remboursés, à concurrence de 25 F au maximum.</p>
7.38.	<p>Si des frais sont facturés par des organisations d'aide à domicile privées (non admises au sens de l'art. 51 OAMal), les frais ne peuvent être remboursés que jusqu'à concurrence de 25 F l'heure. Additionnés aux coûts à prendre en compte au sens du N° 7.40 ss ci-dessous, les frais pouvant être remboursés s'élèvent à 4'800 F au maximum par année civile.</p>
7.39.	<p>La nécessité des soins, de l'aide et de l'assistance à domicile doit être attestée médicalement et son ampleur évaluée par la FSASD. Les frais d'évaluation sont pris en charge par le SPC.</p>

#### I) Frais d'aide à l'intégration (art. 14 RFMPC)

7.40.	<p>L'aide apportée par un tiers à la tenue du ménage (aide pour faire la cuisine, le nettoyage, la lessive, etc.), ainsi que l'assistance à domicile (accompagnement socio-éducatif), peut être remboursée à concurrence de 4'800 F par année civile, à raison de 25 F par heure au maximum.</p> <p>Les frais d'organismes publics ou d'utilité publique sont, en principe, pris en charge. Les frais d'organismes privés peuvent être remboursés dans la mesure où ils correspondent aux frais d'organismes publics ou reconnus d'utilité publique et à concurrence de 25 F au maximum.</p> <p>Les frais de nettoyage chimique du linge ne sont pas remboursés.</p> <p>Un certificat médical attestant du besoin est exigé par le SPC.</p> <p>Lorsque l'aide est apportée par une personne qui vit dans le même ménage, ou par du personnel des établissements pour personnes handicapées (EPH), au sens de la loi sur l'intégration des personnes handicapées (LIPH - K 1 36), aucun remboursement ne peut avoir lieu.</p>
7.41.	<p>Lorsque les deux conjoints d'un couple sont handicapés, un montant de 9'600 F au maximum peut être remboursé.</p>
7.42.	<p>Les frais se rapportant à des prestations de relève à domicile, fournies par des structures telles que le service de répit de Pro Senectute ou le service genevois de relève de parents de personnes handicapées sont remboursés au bénéficiaire de PC. Le tarif admis est de 25 F par heure au maximum.</p>

**m) Frais de maintien à domicile (art. 15 RFMPC)**

***Frais pour personnel soignant engagé directement (art. 15, al. 1 RFMPC)***

7.43.	Pour les bénéficiaires d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave vivant à domicile, les frais pour du personnel soignant engagé directement peuvent être remboursés dans la mesure où les frais de soins et d'assistance ne peuvent pas être prodigués par une organisation reconnue au sens de l'art. 51 OAMal.
7.44.	<p>Pour les bénéficiaires invalides, la commission cantonale d'indication détermine la part (genre et durée en heure/jour) de soins et d'assistance qui ne peut pas être assumée par la FSASD (art. 16, al. 2 RFMPC). Elle est également appelée à définir le profil de la personne à engager (par ex. infirmière, aide familiale, personnel ne disposant d'aucune formation spécifique).</p> <p>Pour les personnes âgées, sur prescription médicale, la FSASD procède à l'évaluation du besoin (art. 16, al. 1 RFMPC).</p>
7.45.	<p>En cas de besoin supplémentaire à l'intervention de la FSASD ou d'un autre organisme reconnu, les points suivants doivent être respectés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les actes médicaux et infirmiers restent du ressort exclusif des professionnels de la santé;</li> <li>- le besoin en soins doit être attesté par un certificat médical et évalué conformément à l'art. 16 RFMPC;</li> <li>- le bénéficiaire doit percevoir une allocation pour impotent de degré moyen ou grave;</li> <li>- en principe, le personnel engagé doit être de nationalité suisse ou bénéficier d'un permis C. Si la personne engagée est titulaire d'un permis B, elle doit être au bénéfice d'une autorisation de travail délivrée par l'office cantonal de la population;</li> <li>- un contrat d'engagement, ainsi qu'un cahier des charges doivent être établis et soumis au SPC;</li> <li>- la personne engagée doit être affiliée auprès des assureurs sociaux pour le traitement des charges sociales (parts patronales et employé);</li> <li>- le salaire mensuel brut n'excèdera pas le salaire du personnel de la FSASD, classe 7, annuité 0, soit 59'654 F brut par an, 4'970 F par mois.</li> </ul> <p>La part patronale des cotisations dues aux assurances sociales de la Confédération (AVS, AI, APG, AC, AF, AA et PP) est assimilée à des frais qui peuvent être remboursés, s'agissant du personnel soignant engagé directement.</p>

**Frais de soins et d'assistance dispensés par des membres de la famille  
(art. 15, al. 2 RFMPC)**

7.46.	<p>Les frais de soins et d'assistance nécessaires, prodigués par des membres de la famille, ne peuvent être remboursés que si ces derniers ne sont pas englobés dans le calcul de la PC mensuelle.</p> <p>Les conditions énumérées aux N° 7.43. à 7.45. ci-dessus s'appliquent par analogie.</p>
-------	--

**Remboursement des frais de maintien à domicile**

7.47.	<p>Pour les bénéficiaires d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave, le remboursement des frais intervient en trois étapes, de la manière suivante :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. au début de chaque année civile, tous les FM reconnus par la législation sont remboursés, à concurrence du montant disponible au sens de l'art. 14, al. 3, lettre a LPC;</li><li>2. lorsque le montant disponible selon le chiffre 1 ci-dessus est épuisé, les frais liés au maintien à domicile peuvent être présentés au SPC. Ils sont enregistrés sans remboursement jusqu'à ce qu'ils atteignent le montant annuel de l'allocation pour impotent;</li><li>3. la part de frais de maintien à domicile qui dépasse le montant disponible au sens du chiffre 1 ci-dessus et supérieure au montant annuel de l'allocation pour impotent, est remboursée, à concurrence des montants prévus aux art. 14, al. 4 LPC et 19b OPC. Les montants prévus aux articles précités correspondent au maximum pouvant être versé, par année civile, pour des prestations de maintien à domicile.</li></ol>
-------	--

**n) Frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance afférents à des séjours dans des structures de jour ou de jour / nuit (art. 17 RFMPC)**

7.48.	<p>Les frais de séjour dans des foyers de jour, de jour / nuit ou dans des UATR, au sens des articles 19 LSDom et 26 RSDom peuvent être remboursés.</p> <p>Les frais pour "tables de jour" et centres de loisirs ne peuvent pas être pris en charge.</p>
7.49.	<p>Des forfaits mensuels ne peuvent être remboursés.</p> <p>Aucun remboursement de frais ne saurait davantage intervenir si la personne invalide est au bénéfice d'un calcul PC opéré selon les N°s 4001ss DPC (séjour dans un home).</p>

R

**o) Frais de transport (art. 18 RFMPC)**

***Transports occasionnés par une urgence ou un transfert***

7.50.	Les frais de transport non couverts peuvent être remboursés comme FM s'ils sont intervenus en Suisse et ont été occasionnés par une urgence ou un transfert indispensable.
-------	--

***Transports jusqu'au lieu de traitement médical le plus proche***

7.51.	Sont également considérés comme FM les frais de transport jusqu'au lieu de traitement médical le plus proche, dans la mesure où l'utilisation des transports publics genevois (TPG) n'est pas possible. Les structures de jour au sens de l'art. 17 RFMPC sont considérées comme étant des lieux de traitement médical.
7.52.	Seules les dépenses dûment établies pour chaque course sont remboursées.
7.53.	Si aucun moyen de transport public ne peut être utilisé et qu'il n'est raisonnablement pas exigible qu'il s'en serve, les frais d'utilisation d'un autre moyen de transport peuvent être pris en charge.
7.54.	Dans ce cadre, on peut rembourser les frais selon les taux suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- voiture privée (remise ou amortissement par l'AI)      0,25 F par km</li> <li>- voiture privée      0,70 F par km</li> <li>- taxi      dépense effective</li> </ul>

**p) Frais de pédicure**

7.55.	<p>Les soins de pédicure sont remboursés aux bénéficiaires de prestations complémentaires fédérales (PCF) et cantonales (PCC). Les factures doivent être accompagnées d'un certificat médical du médecin-traitant. Les factures sont remboursées à concurrence du tarif recommandé par l'Association cantonale genevoise de pédicures.</p> <p>Les traitements effectués à domicile peuvent être remboursés à la condition qu'ils soient justifiés par un certificat médical, attestant de l'impossibilité de se déplacer.</p>
-------	---

### Chapitre VIII : Remise ou financement de moyens auxiliaires, d'appareils auxiliaires de soins et d'appareils de traitement (ci-après : moyens auxiliaires) (art. 19 ss RFMPC)

8.1.	<p>Les moyens auxiliaires qui peuvent être remis en prêt ou payés figurent sur la liste en annexe <a href="#">(annexe 2 DFM)</a>.</p> <p>L'achat ou la location d'autres moyens auxiliaires peut être remboursé aux personnes en âge AVS, lorsqu'ils sont indispensables au maintien à domicile et contribuent à l'autonomie des bénéficiaires. Les appareils suivants peuvent notamment être remboursés, sur prescription et expertise médicales :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- contrôle de l'environnement pour allumer et éteindre les appareils électriques</li><li>- téléphones "mains-libres"</li><li>- support pour les épaules : orthèse externe pour supporter le bras lors de l'utilisation de la main sur une table</li><li>- appareils de communication augmentative et alternative</li><li>- aides à l'accès à l'informatique (dispositifs de pointage, capteurs remplaçant l'utilisation d'une souris)</li><li>- tourne-pages électrique.</li></ul>
8.2.	<p>En outre, les moyens auxiliaires qui figurent dans l'annexe de l'OMAV peuvent être financés si l'AVS a contribué aux coûts. Le remboursement par les PC correspond au tiers de la contribution fournie par l'AVS.</p> <p>Exemple : une perruque a coûté 4'000 F. L'AVS a payé 1'000 F. Les PC paient un tiers de 1'000 F, soit 333,35 F.</p> <p>Si l'AVS ne peut contribuer aux coûts, aucun droit au remboursement ne peut intervenir en matière de PC.</p>
8.3.	<p>Dans la mesure où l'AVS prend en charge la totalité des frais de location d'un fauteuil roulant, aucun remboursement ne saurait intervenir à leur égard.</p>
8.4.	<p>Les moyens auxiliaires mis en place lors d'une opération chirurgicale (par ex. pace-maker, prothèses d'articulations, valvules artificielles du cœur, etc.) peuvent également être remboursés.</p>

#### a) Prestations d'assurance

8.5.	<p>Les frais peuvent être pris en charge par les PC que dans la mesure où il n'existe aucun droit envers l'AI, l'assurance-maladie ou une autre assurance. En particulier pour les rentiers AI, il faut s'assurer que le moyen auxiliaire ne peut pas être remis ou financé par l'AI.</p> <p>S'il existe un droit envers l'AVS sur la base de l'art. 4 OMAV (garantie des droits acquis), aucun remboursement n'est possible.</p>
------	---

**b) Lors d'excédent de revenus**

8.6.	<p>En présence d'un excédent de revenus (revenu déterminant supérieur aux dépenses reconnues), il faut procéder comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- le moyen auxiliaire peut être remis à titre de prêt, lorsque son prix est supérieur à l'excédent de revenus;</li><li>- pour un moyen auxiliaire acheté ou loué, le remboursement intervient selon le principe du N° 2.7. ci-dessus, à savoir : frais du moyen auxiliaire moins l'excédent de revenus.</li></ul>
------	--

**c) Remise à titre de prêt**

8.7.	<p>Les moyens auxiliaires qui figurent dans la liste en annexe (annexe 2 DFM) et sont pourvus d'un * ne peuvent être remis qu'à titre de prêt. Si le moyen auxiliaire nécessaire est disponible dans un dépôt AI (liste dans la Circulaire concernant la remise des moyens auxiliaires par l'AI) ou d'un fournisseur conventionné, le dépôt ou le fournisseur le remettra au bénéficiaire. Le bénéficiaire lui-même ou une personne d'une institution spécialisée dans l'aide aux invalides ou à la vieillesse, qui en est chargée, peut aller retirer, avec un double de la communication écrite, l'appareil nécessaire au dépôt. La confirmation de la réception figurera sur le double de la communication. Le dépôt retourne le double de la communication au SPC. Si un dépôt AI dispose des formules propres pour la procédure de remise, celles-ci pourront être utilisées.</p>
------	--

**d) Prescriptions dans l'AI**

8.8.	<p>Les prescriptions valables dans la Circulaire concernant la remise des moyens auxiliaires par l'AI s'appliquent par analogie pour autant que les directives sur les PC n'en disposent pas autrement.</p>
------	---

**e) Qualité des moyens auxiliaires**

8.9.	<p>Les frais ne peuvent être pris en compte que dans la mesure où l'achat par le bénéficiaire d'un moyen auxiliaire qui ne peut être remis en prêt porte sur un modèle simple et adéquat. S'il s'agit d'un modèle plus cher, les frais supplémentaires ne sont pas pris en considération.</p>
------	---

**f) Attestation**

8.10.	<p>Lorsqu'il semble douteux que le moyen auxiliaire soit nécessaire ou qu'il s'agisse d'un modèle simple et adéquat, il convient d'exiger du bénéficiaire qu'il (elle) produise une attestation d'un médecin. Au besoin, le cas pourra être soumis à des institutions spécialisées dans l'aide aux invalides ou à la vieillesse ou à l'office AI compétent.</p>
-------	---

**Renonciation à une attestation pour le remboursement des frais**

8.11.	S'il est probable que les coûts à engager pour l'obtention d'une attestation dépassent les frais effectifs qui pourraient être pris en charge pour le moyen auxiliaire, il sera renoncé à l'attestation, pour autant que les indications fournies par le bénéficiaire sont dignes de foi.
-------	---

**Frais d'attestation, d'expertises, d'examens et d'adaptation**

8.12.	<p>Pour autant qu'ils ne doivent pas être assumés par une assurance-maladie ou une autre assurance, ces frais sont remboursables au sens de l'art. 14, al. 1 LPC, indépendamment de la question de savoir si, au vu de l'attestation ou l'expertise, l'appareil sera remis en prêt ou si les frais pour le moyen auxiliaire peuvent être retenus ou non.</p> <p>Les frais d'attestation et d'expertises doivent en tout premier être débités du montant destiné au remboursement des FM.</p>
-------	--

**g) Autres frais relatifs aux moyens auxiliaires**

8.13.	<p>Les frais suivants peuvent également être pris en compte dans le cadre du montant destiné au remboursement des FM :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- frais de location de moyens auxiliaires qui ne peuvent pas être remis en prêt (voir liste en annexe);</li><li>- frais liés à un entraînement spécial à l'utilisation du moyen auxiliaire (de simples instructions techniques ou des indications relatives à l'emploi d'un moyen auxiliaire font partie des obligations du fournisseur et ne donnent pas lieu à un remboursement supplémentaire);</li><li>- frais relatifs à l'utilisation et à l'entretien du moyen auxiliaire.</li></ul>
-------	--

**Réparations**

8.14.	<p>Les frais de réparations de moyens auxiliaires et d'appareils auxiliaires, dûment établis, sont pris en compte dans la mesure où :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ils sont nécessaires en dépit d'une utilisation et d'un entretien soigneux de l'objet;</li><li>- aucun tiers n'est tenu de les payer (par ex. vendeur qui a donné une garantie);</li><li>- ils ne sont pas causés par une faute grave du bénéficiaire.</li></ul>
-------	--

**h) Séjour dans un home**

8.15.	Les appareils auxiliaires de soins et les appareils de traitement sont mis à disposition par le home.
-------	---

**i) Dispositions spéciales concernant certains moyens auxiliaires**

***Lunettes pour aphaques ou verres de contact après opération de la cataracte***

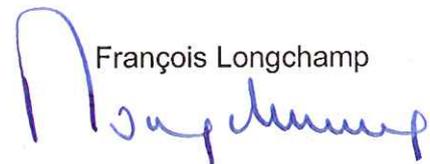
8.16.	<p>Après une opération de la cataracte, les frais de lunettes ou de verres de contact pour la vision de près et de loin peuvent être pris en charge.</p> <p>S'agissant de lunettes à cataracte provisoires, utilisées aussitôt après l'opération, un prix de location de 60 F au plus, par ordonnance présentée, peut être pris en charge.</p>
-------	--

***Lits électriques***

8.17.	Des lits électriques sont mis à la disposition des bénéficiaires de PC s'il est attesté par un médecin qu'ils sont nécessaires aux soins à domicile.
8.18.	<p>Les lits électriques sont remis en prêt par les centres de location avec lesquels le SPC a conclu une convention. Les frais de location sont débités sur le montant destiné au remboursement des FM du bénéficiaire.</p> <p>Des conventions ont été conclues avec les entreprises suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medi-Phy SA, 2 Cours de Rive, 1204 Genève</li> <li>- Medicart SA, 1304 Cossonay-Ville</li> <li>- SODIMED SA</li> </ul>
8.19	Le prix de location pris en charge est de 75 F par mois, TVA comprise. Les mois entamés peuvent compter comme mois entier. Le dernier mois de location payé par le SPC est celui au cours duquel le centre de location apprend que le lit en question n'est plus utilisé.
8.20.	<p>Le prix de location comprend et couvre les prestations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'amortissement d'un lit électrique de largeur normale avec deux ou trois moteurs;</li> <li>- 1 potence - si souhaitée par le bénéficiaire;</li> <li>- 1 ou 2 barrières latérales, si nécessaire;</li> <li>- les frais d'examens éventuels ;</li> <li>- les réparations et remplacements de pièces défectueuses.</li> </ul>
8.21.	<p>Au prix de location s'ajoutent, par lit, les forfaits suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 250 F, TVA comprise, pour le transport chez le bénéficiaire;</li> <li>- 280 F, TVA comprise, pour le transport de retour au centre de location.</li> </ul>

F

8.22.	Le centre de location peut facturer aux bénéficiaires du SPC : <ul style="list-style-type: none"><li>- les frais de réparations lorsque le bénéficiaire n'a pas respecté son obligation de prendre soin du lit;</li><li>- les frais de location entraînés par une restitution tardive. Le centre de location doit expressément attirer l'attention du bénéficiaire sur ce point.</li><li>- les accessoires non couverts par la convention avec le centre de location (matelas par ex.).</li></ul>
8.23.	Si un bénéficiaire cesse d'avoir droit à une PC, il doit supporter lui-même les frais de location. Le SPC informe le centre de location de la suppression du droit. Le N° 8.6. ci-dessus est réservé. Si l'excédent de revenus d'un bénéficiaire est inférieur aux coûts d'un lit électrique, ces derniers (location, transport) continuent à être mis entièrement à la charge des PC.
8.24.	Si le montant destiné au remboursement des FM est épuisé au moment de la décision, les frais de location doivent quand même être remboursés.



François Longchamp

Conseiller d'Etat chargé du  
Département de la solidarité et de l'emploi

Fait à Genève, le 22 décembre 2010



## ARRÊTÉ

déterminant la contribution personnelle des assurés  
aux coûts des soins de longue durée non pris en  
charge par les assurances sociales et fournis en  
ambulatoire ou en établissements médico-sociaux

23 juin 2010

## LE CONSEIL D'ÉTAT

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

vu la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins, du 13 juin 2008, en particulier l'article 25a, alinéa 5 LAMal;

vu la modification de l'ordonnance du département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 24 juin 2009;

vu l'article 2 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997,

### ARRÊTE :

1. La contribution personnelle de l'assuré aux coûts des soins, au sens de l'article 25a, alinéa 5, première phrase, LAMal, n'est pas répercutée sur les résidents des établissements médico-sociaux (EMS) au moins pour l'année 2011.
2. La contribution personnelle de l'assuré aux coûts des soins dispensés en ambulatoire par des prestataires subventionnés s'élève au maximum à 10% de la contribution maximale de l'assurance obligatoire des soins.
3. Le pourcentage facturé à charge de l'assuré se définit en fonction du revenu déterminant de la personne.

4. Un taux unique de facturation est appliqué pour les bénéficiaires de prestations complémentaires.
5. Le présent arrêté entre en vigueur avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Communiqué à :

DARES	3 ex.
DSE	1 ex.
FAO	1 ex.



Certifié conforme,

La chancelière d'Etat :

*A. Lyde Grepe*



## ARRÊTÉ

relatif aux tarifs des prestations de la Fondation des services d'aide et de soins à domicile non à charge de l'assurance obligatoire des soins, pour l'année 2011

13 octobre 2010

## LE CONSEIL D'ÉTAT

Vu la loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, du 26 juin 2008 (K 1 06);

vu la loi sur le revenu déterminant le droit aux prestations sociales cantonales, du 19 mai 2005 (J 4 06);

vu le procès-verbal du 8 juillet 2009 entre le Centre de Calcul du RDU (CCRDU), la direction générale de l'action sociale (DGAS) du département de la solidarité et de l'emploi et la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD);

vu la décision du Conseil fédéral de reporter la date d'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins au 1<sup>er</sup> janvier 2011;

vu l'arrêté du Conseil d'Etat du 10 février 2010;

vu les propositions du 8 juin 2010 du conseil de fondation de la Fondation des services d'aide et de soins à domicile concernant les tarifs des prestations non remboursées par l'assurance-maladie;

vu l'avis du Surveillant des prix du 31 août 2010,

### ARRÊTE :

#### Art. 1

1. Le tarif des prestations d'aide au ménage, facturé sur une base horaire, est fixé à 29,70 francs/heure.

2. Le coût unitaire des repas livrés à domicile, des repas servis dans les salles à manger des immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA) et des repas servis "autour d'une table", est fixé à 15,60 francs.
3. Le forfait d'installation des appareils de sécurité et de signalisation lumineuse est fixé à 139,20 francs par installation.
4. Le tarif de location des appareils de sécurité est fixé à 32,10 francs/mois.
5. Le tarif de location des appareils de signalisation lumineuse est fixé à 13,20 francs/mois.
6. Le tarif de l'aide aux familles est fixé à 14,90 francs/heure.
7. Le tarif d'hébergement en unité d'accueil temporaire de répit (UATR), hors soins, est fixé à 97.- francs/jour.
8. Le tarif de veille de nuit, aligné sur le tarif d'hébergement des lits UATR, est fixé à 97.- francs/nuit.

#### Art. 2

Pour les tarifs cités à l'article 1, chiffres 1 à 5, en fonction du revenu déterminant du client, des rabais progressifs par tranches de 10% sont appliqués jusqu'à un maximum de 50%.

#### Art. 3

Ces tarifs sont applicables dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Communiqué à :

DARES	4 ex.
CHA	1 ex.
FAO	1 ex.



Certifié conforme,

La chancelière d'Etat :

*A Lyde Greber*



## LISTE DES MOYENS AUXILIAIRES ET DES APPAREILS DE TRAITEMENT ET DE SOINS

### I. MOYENS AUXILIAIRES

	<b>1. Orthèses</b>
01.01	<i>Orthèses du tronc</i> 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.
	<b>2. Chaussures</b>
01.02.	<i>Retouches orthopédiques coûteuses / éléments orthopédiques incorporés aux chaussures de confection</i>
	<b>3. Lunettes à cataracte ou verres de contact après opération de la cataracte</b>
01.03.	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 F au plus.
	<b>4. Moyens auxiliaires pour les aveugles et graves handicapés de la vue</b>
01.04.*	<i>Cannes longues d'aveugle</i>
01.05.*	<i>Chiens-guides pour aveugles</i> s'il est établi que le bénéficiaire saura s'occuper d'un chien-guide et que, grâce à celui-ci, il sera capable de se déplacer seul hors de son domicile. Le SPC prend en charge les frais de location.
01.06.*	<i>Machines à écrire en Braille</i>
01.07.*	<i>Magnétophones</i> destinés aux aveugles et aux graves handicapés de la vue pour la reproduction de littérature enregistrée sur bandes magnétiques.
	<b>5. Moyens auxiliaires permettant d'établir des contacts avec l'entourage</b>
01.08.*	<i>Machines à écrire électriques</i> lorsque le bénéficiaire, 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.
01.09.*	<i>Machines à écrire automatiques</i> lorsque le bénéficiaire 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.
01.10.*	<i>Magnétophones</i> 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.
01.11.*	<i>Tourneurs de page</i> lorsque le bénéficiaire, remplissant les conditions fixées sous chiffre 01.10., a besoin de cet appareil en lieu et place d'un magnétophone.
01.12.*	<i>Dispositifs automatiques de commande du téléphone</i> lorsque le bénéficiaire 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 ET DE SOINS**

02.01.*	<i>Appareils respiratoires destinés à pallier une insuffisance respiratoire</i>
02.02.*	<i>Inhalateurs</i>
02.03.*	<i>Installations sanitaires complémentaires automatiques lorsque l'assuré ne peut faire sa toilette qu'au moyen de cet appareil.</i>
02.04.*	<i>Elévateurs pour malades s'il est attesté par un médecin qu'un tel moyen est indispensable pour les soins à domicile.</i>
02.05.*	<i>Lits électriques s'il est attesté par un médecin qu'un lit électrique est indispensable pour les soins à domicile.</i>
02.06	<i>Chaises percées</i>
02.07.*	<i>Chaises pour personnes atteintes de coxarthrose</i>
02.08.*	<i>Potences</i>

\* Appareils à remettre à titre de prêt