

## Remboursement des frais de maladie sous forme de prestations complémentaires

### 1. Conditions pour faire valoir le droit

Ont droit au remboursement des frais de maladie non couverts les personnes qui peuvent prétendre à des prestations complémentaires mensuelles durant la même période. Si la prestation complémentaire a été refusée à une personne pour cause d'excédent de revenus, les frais de maladie dûment établis peuvent lui être remboursés après déduction de l'excédent de revenus.

Seuls les frais générés en Suisse sont remboursables. Les frais générés à l'étranger peuvent être pris exceptionnellement en considération s'ils se sont avérés nécessaires durant un séjour à l'étranger.

### 2. Remise / délai

Le remboursement des frais requiert la présentation de l'intégralité des documents à l'Office de la vieillesse et des assurances de la ville de Berne, idéalement par trimestre. Adresse: Alters- und Versicherungsamt, AHV-Zweigstelle, Bundesgasse 33, 3011 Bern

Le remboursement des frais doit être demandé dans un délai de 15 mois à compter de la facturation ou du décompte de la caisse de maladie.

### 3. Frais de maladie ou d'invalidité remboursables

#### - Participations aux frais de la caisse de maladie dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins de maladie LAMal

Franchise et 10 % de quote-part jusqu'à concurrence d'un montant annuel de CHF 1000, respectivement CHF 350 pour les enfants, sur la base des décomptes complets de prestations de la caisse de maladie.

#### - Traitements dentaires

Les frais de traitement dentaire peuvent être pris en considération uniquement s'il s'agit d'un traitement économiquement raisonnable et adéquat. La caisse cantonale de compensation évalue le dossier à partir des factures ou devis présentés.

Si les frais prévus du traitement dentaire excèdent CHF 1500, un devis accompagné d'un formulaire dentaire (état de la dentition) doit être présenté avant le traitement. Les numéros des dents doivent toujours être indiqués sur les factures et les devis. Un formulaire dentaire est nécessaire lors de la première présentation d'une facture de soins dentaires.

Lors de soins prévus comportant des traitements des racines, des couronnes, des implants, des inlays, des onlays, des bridges et des couronnes à tenon radicaire, il est également conseillé de présenter au préalable un devis accompagné d'un formulaire dentaire. La «Notice traitement dentaire» disponible auprès de l'agence AVS (AHV-Zweigstelle) ou sur le site internet [www.akbern.ch](http://www.akbern.ch) contient des indications supplémentaires sur le type de facturation.

- **Transports jusqu'au lieu de traitement médical le plus proche**  
Le remboursement des frais de transport jusqu'au lieu de traitement médical le plus proche requiert l'indication des frais sur un formulaire. Des frais de transport en taxi, par BETAX ou en véhicule privé sont remboursés uniquement lors d'une confirmation par certificat médical de l'incapacité d'utiliser les transports publics. Les formulaires et la notice sont à disposition auprès de l'agence AVS.
- **Soins et tâches d'assistance dispensés par des membres de la famille qui n'ont pas l'âge AVS et qui ne sont pas inclus dans le calcul EC**  
Les soins de base nécessaires dispensés par des membres de la famille tels qu'aider le patient lors de soins d'hygiène corporelle et buccale, refaire son lit, le coucher, le mobiliser, etc. sont indemnisés à hauteur de CHF 25 de l'heure ou CHF 9600 au maximum par an.  
Les mesures d'assistance reconnues dans le cadre des frais de maladie PC (lors d'un droit à une allocation pour impotent) sont indemnisées à hauteur d'un tarif horaire de CHF 25 et au maximum à concurrence de la perte de gain. Le justificatif de la perte effective de gain est nécessaire. Il en résulte également une obligation de décompte des cotisations obligatoires de l'assurance sociale (AVS/AI, etc.) et l'obligation fiscale correspondante.  
Les formulaires nécessaires à l'évaluation des besoins sont disponibles auprès de l'agence AVS ou sur le site internet [www.akbern.ch](http://www.akbern.ch). Par ailleurs, un certificat médical attestant la nécessité d'une aide et d'une assistance à domicile est nécessaire.
- **Aide ménagère par des institutions et des personnes qui ne vivent pas dans le même foyer**  
Aide ménagère dispensée par des services Spitex après présentation d'une évaluation des besoins et d'un certificat médical jusqu'à CHF 9600 par an.  
Si des membres de la famille ou des tierces personnes accomplissent les tâches ménagères nécessaires, les frais dûment établis et facturés peuvent être remboursés jusqu'à concurrence de CHF 4800 (au maximum CHF 25 de l'heure). Dans ce cas également, la présentation d'un certificat médical confirmant la nécessité de l'aide ménagère est nécessaire. De plus, la personne qui accomplit ces tâches ne doit pas vivre dans le même foyer.
- **Moyens auxiliaires**  
Les frais pour moyens auxiliaires financés en partie par l'AVS (fauteuils roulants, chaussures orthopédiques sur mesure et chaussures orthopédiques de série, épithèses faciales, perruques, appareils auditifs/acoustiques, appareils orthophoniques, lunettes-loupes et lunettes après opération de la cataracte)
- **Séjours de convalescence dans un home ou un hôpital**
- **Cures thermales ou de remise en forme ordonnées par un médecin**
- **Soins et assistance en foyer de jour**
- **Participation des patients aux soins Spitex**
- **Régime alimentaire médicalement nécessaire au domicile**  
Suppléments de frais dûment établis pour un régime alimentaire médicalement nécessaire au domicile (aliments en cas de diabète exclus)

#### 4. PLAFONNEMENT DU MONTANT DU REMBOURSEMENT

Les montants maximaux suivants peuvent être remboursés par année civile en plus des prestations complémentaires annuelles pour couvrir les frais de maladie et d'invalidité dûment établis:

- Célibataires: CHF 25 000
- Couples mariés: CHF 50 000
- Pensionnaires: CHF 6000