

16
septembre
2009

Ordonnance portant introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (Oi LPC)

Le Conseil-exécutif du canton de Berne,

vu les articles 2, alinéa 2, 10, alinéa 2, 14 et 21 de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (loi sur les prestations complémentaires, LPC)¹⁾, les articles 5 et 6, alinéa 3 de la loi du 27 novembre 2008 portant introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LiLPC)²⁾,

sur proposition de la Direction de la justice, des affaires communales et des affaires ecclésiastiques,

arrête:

1. Prestation complémentaire annuelle

Art. 1 ¹Sont considérées comme des foyers les institutions qui disposent d'une autorisation cantonale d'exploiter en vertu de l'ordonnance du 18 septembre 1996 sur les foyers et les ménages privés prenant en charge des personnes tributaires de soins (ordonnance sur les foyers, OFoy)³⁾ ou de l'ordonnance du 4 juillet 1979 réglant le placement d'enfants⁴⁾.

² Si l'octroi de l'autorisation d'exploiter a été délégué à une autorité communale, l'autorisation d'exploiter ainsi octroyée par l'autorité communale est assimilée à une autorisation d'exploiter cantonale.

Art. 2 ¹Des degrés sont attribués aux personnes qui séjournent en permanence ou pour une longue durée dans un foyer ou un hôpital du canton de Berne, en fonction des soins et de l'encadrement requis, selon un système d'évaluation reconnu dans le canton de Berne.

² Les systèmes d'évaluation reconnus dans le canton de Berne sont le BESA (Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem [Système de classification en degrés de soins et de décompte des prestations concernant les résidents]), le RAI/RUG (Resident Assessment

¹⁾ RS 831.30

²⁾ RSB 841.31

³⁾ RSB 862.51

⁴⁾ RSB 213.223

Définition
du foyer

Séjour dans
un foyer ou un
hôpital du canton
de Berne
1. Principe

Instrument/Resource Utilization Group) et le ROES (Ressourcenorientiertes Einschätzungssystem für die Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit von erwachsenen Behinderten im Wohnbereich [Système d'évaluation axé sur les ressources portant sur les besoins en matière de soins et d'encadrement des handicapés adultes en résidence]).

³ La version 2.0 des systèmes d'évaluation BESA et RAI/RUG est autorisée.

⁴ Le résultat de l'examen des soins et de l'encadrement requis permet, au moyen du tableau de l'annexe 1, de fixer le degré de soins selon le système central. Celui-ci est déterminant pour le calcul des prestations complémentaires.

⁵ Les informations nécessaires au calcul des prestations complémentaires doivent être transcrites sur l'attestation de tarif reconnue par la Caisse de compensation du canton de Berne (CCB). Elles doivent être confirmées sur l'attestation de tarif par un membre du corps médical ainsi que par la direction du foyer ou de l'hôpital.

2. Frais de séjour imputables pour les foyers et les hôpitaux de la liste des hôpitaux et des établissements médico-sociaux

Art. 3 Pour les personnes séjournant en permanence ou pour une longue durée dans un foyer ou dans un hôpital qui figure sur la liste des hôpitaux et des établissements médico-sociaux (art. 39 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie [LAMal]¹⁾ et art. 8 de la loi du 6 juin 2000 portant introduction des lois fédérales sur l'assurance-maladie, sur l'assurance-accidents et sur l'assurance militaire [LiLAMAM]²⁾), les montants journaliers maximaux reconnus au titre de dépenses sont les suivants:

		Dans les foyers et les hôpitaux qui ont conclu un contrat de forfaits partiels avec les assureurs-maladie CHF	Dans les foyers et les hôpitaux qui ont conclu un contrat de forfaits complets avec les assureurs-maladie CHF
<i>a</i>	Degré de soins 0	118.20	118.20
<i>b</i>	Degré de soins 1	149.65	153.65
<i>c</i>	Degré de soins 2	181.10	189.10
<i>d</i>	Degré de soins 3	212.55	224.55
<i>e</i>	Degré de soins 4	244.–	260.–
<i>f</i>	Degré de soins 5	275.45	295.45
<i>g</i>	Degré de soins 6	306.90	330.90
<i>h</i>	Degré de soins 7	338.35	366.35
<i>i</i>	Degré de soins 8	369.80	401.80
<i>k</i>	Degré de soins 9	401.25	437.25
<i>l</i>	Degré de soins 10	432.70	472.70

¹⁾ RS 832.10

²⁾ RSB 842.11

3. Frais de séjour
imputables
maximaux pour
les autres foyers
et hôpitaux

Art. 4 Pour les personnes séjournant en permanence ou pour une longue durée dans un autre foyer ou un autre hôpital, les montants journaliers maximaux reconnus au titre de dépenses sont les suivants:

		CHF
a	Degré de soins 0	115.–
b	Degré de soins 1	120.–
c	Degré de soins 2	125.–
d	Degré de soins 3	130.–
e	Degré de soins 4	135.–
f	Degré de soins 5	140.–
g	Degré de soins 6	145.–
h	Degré de soins 7	150.–
i	Degré de soins 8	155.–
k	Degré de soins 9	160.–
l	Degré de soins 10	165.–

Séjour dans un
foyer ou un
hôpital situé à
l'extérieur du
canton de Berne

Art. 5 Les personnes séjournant en permanence ou pour une longue durée dans un foyer ou un hôpital situé à l'extérieur du canton de Berne se voient accorder un montant maximal journalier de 115 francs. Les prestations de l'assurance-maladie et, le cas échéant, une allocation pour impotent peuvent être intégralement affectées à la couverture des frais de soins.

Dépenses
personnelles

Art. 6 Pour les personnes séjournant en permanence ou pour une longue durée dans un foyer ou un hôpital au sens des articles 3, 4 ou 5, la somme mensuelle de 367 francs est reconnue au titre de dépenses personnelles.

2. Remboursement des frais de maladie et d'invalidité

2.1 Dispositions générales

Rapport aux
prestations
d'autres
assurances

Art. 7 ¹Un droit au remboursement des frais au sens de l'article 6 LiLPC n'existe que dans la mesure où ces frais ne sont pas déjà pris en charge par d'autres assurances.

² 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.

Montant des frais
de maladie
et d'invalidité
à rembourser
1. Principe

Art. 8 Les frais de maladie et d'invalidité sont remboursés par année civile au maximum à concurrence des montants prévus par l'article 14, alinéas 3 à 5 LPC et l'article 19b de l'ordonnance du Conseil fédéral du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OPC AVS/AI)¹⁾.

¹⁾ RS 831.301

2. Droit pendant
une partie
de l'année

Art. 9 S'il n'existe un droit à des prestations complémentaires annuelles que pour une partie de l'année seulement, le montant maximal total au sens de l'article 8 peut néanmoins être remboursé.

3. Obtention
d'une allocation
pour impotent

Art. 10 ¹En cas d'augmentation du montant remboursable au sens de l'article 14, alinéa 4 LPC ou de l'article 19b OPC AVS/AI, l'allocation pour impotent de l'AI ou de l'assurance-accidents est déduite des frais, dûment établis, au sens des articles 15, 16 et 18. Le remboursement ne peut toutefois pas être inférieur au montant selon l'article 14, alinéa 3, lettre a LPC.

² 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 à domicile qu'elle est tenue de rembourser, l'allocation pour impotent n'est pas déduite des frais considérés.

³ Dans le cas visé à l'article 14, alinéa 5 LPC, les alinéas 1 et 2 sont applicables par analogie.

Lieu de l'origine
des frais

Art. 11 ¹Les frais de maladie et d'invalidité qui sont causés en Suisse sont remboursés.

² Les frais causés à l'étranger sont remboursés uniquement
a si les mesures médicales se sont révélées indispensables pendant un séjour hors de Suisse ou
b si les mesures indiquées du point de vue médical ne pouvaient être appliquées qu'à l'étranger.

Période détermi-
nante pour le
remboursement

Art. 12 Les frais de maladie et d'invalidité sont remboursés pour l'année civile au cours de laquelle la facturation a été établie.

Examen
du caractère
économique et
de l'opportunité
des prestations

Art. 13 La CCB peut demander au cas par cas à des services spécialisés de déterminer le caractère économique et l'opportunité de la fourniture des prestations.

2.2 Les différents types de frais

Soins dentaires

Art. 14 ¹Seuls sont remboursés les frais des médecins-dentistes qui détiennent une autorisation cantonale de pratiquer à titre indépendant délivrée par le canton dans lequel ils exercent leur profession.

² Le tarif de l'assurance-accidents, de l'assurance militaire et de l'assurance-invalidité (tarif AA/AM/AI)¹⁾ pour le remboursement des honoraires des prestations dentaires et le tarif AA/AM/AI pour le remboursement des travaux de technique dentaire sont déterminants.

¹⁾ A commander auprès du Service central des tarifs médicaux LAA, case postale 4358, 6002 Lucerne

³ Si le coût du traitement dentaire (frais de laboratoire inclus) risque, selon toute vraisemblance, de dépasser 3000 francs, un devis conforme aux positions du tarif AA/AM/AI doit être établi.

Aide, soins
et tâches
d'assistance
à domicile
1. Soins
à domicile

Art. 15 ¹ Sont considérées comme des soins toutes les prestations au sens de l'article 7, alinéa 2 de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS)¹⁾.

² Il n'est pas remboursé de frais pour des prestations au sens de l'alinéa 1, à l'exception des soins de base nécessaires au sens de l'article 7, alinéa 2, lettre c, chiffre 1 OPAS, qui sont dispensés par des membres de la famille.

³ Les frais, dûment établis, pour les soins de base dispensés par des membres de la famille (al. 2) sont remboursés au tarif horaire de 25 francs et jusqu'à concurrence de 9600 francs par an, si lesdits membres de la famille ne sont pas pris en compte dans le calcul de la prestation complémentaire.

2. Aide et tâches
d'assistance
à domicile

Art. 16 ¹ Les frais, dûment établis, pour l'aide et les tâches d'assistance à domicile rendues nécessaires en raison de l'âge, de l'invalidité, d'un accident ou de la maladie sont remboursés.

² Si le tarif d'un établissement public ou reconnu d'utilité publique est échelonné selon les conditions de revenu et de fortune, seul le tarif le plus bas est pris en compte.

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

⁴ Les frais d'aide ainsi que les frais découlant des tâches d'assistance dispensées par des membres de la famille sont remboursés au tarif horaire de 25 francs et jusqu'à concurrence de la perte de gain au plus si lesdits membres de la famille

a ne sont pas pris en compte dans le calcul de la prestation complémentaire;

b subissent, en raison des prestations fournies, une perte de gain notable pendant une période prolongée et

c n'ont pas encore atteint l'âge ordinaire donnant droit à la rente de l'AVS.

¹⁾ RS 832.112.31

3. Aide et tâches
d'assistance
au ménage

Art. 17 ¹Les frais, dûment établis, inhérents à l'aide nécessaire ainsi qu'aux tâches d'assistance apportées dans la tenue du ménage sont remboursés.

² L'article 16, alinéa 2, régit le remboursement de frais découlant de prestations dispensées par des services publics ou reconnus d'utilité publique et l'article 16, alinéa 3 régit le remboursement de frais assumés par des institutions privées.

³ Les frais inhérents à l'aide fournie par les membres de la famille ou par des tiers qui ne sont pas engagés par une organisation de maintien à domicile reconnue sont remboursés uniquement si le membre de la famille ou le tiers ne vit pas dans le même ménage que la personne assurée. Les frais sont pris en compte jusqu'à concurrence de 25 francs l'heure et de 4800 francs par année.

4. Aide, soins
et tâches
d'assistance à
des personnes
d'un degré
d'impotence
moyen ou grave
par du personnel
engagé
directement

Art. 18 ¹Les frais pour le personnel engagé directement pour des soins et des tâches d'assistance en vertu d'un contrat de travail sont remboursés aux bénéficiaires d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave vivant à domicile pour autant que

a ces prestations ne puissent pas être dispensées par un fournisseur de prestations autorisé par l'article 51 de l'ordonnance du Conseil fédéral du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)¹⁾ et que

b le type et le volume des prestations, qui, en l'espèce, ne peuvent pas être dispensées par un fournisseur de prestations autorisé par l'article 51 OAMal, et le profil exigé de la personne à engager aient été déterminés préalablement par un ou une spécialiste que la CCB désigne.

² Si la personne engagée ne répond pas au profil déterminé, il n'est pas remboursé de frais.

Aide, soins
et tâches
d'assistance à
des invalides
séjournant dans
des structures
de jour

Art. 19 ¹Les frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance afférents à des invalides séjournant dans un foyer 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.

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

³ Il n'est pas remboursé de frais si la personne invalide

a reçoit plus de 50 francs en espèces par mois pour l'activité qu'elle exerce dans la structure de jour ou

¹⁾ RS 832.102

b séjourne dans un foyer avec calcul de la PC au sens de l'article 10, alinéa 2 LPC.

Cures balnéaires
et séjours de
convalescence
prescrits par
un médecin

Art. 20 ¹ Les frais afférents à des cures balnéaires prescrites par un médecin à la personne assurée sont remboursés, après déduction d'un montant approprié pour les frais d'entretien, si, durant la cure, celle-ci était sous contrôle médical.

² Les frais afférents à un séjour de convalescence de la personne assurée dans un foyer ou dans un hôpital et les séjours de la personne assurée dans un foyer ou dans un hôpital afin de décharger les proches sont remboursés, après déduction d'un montant approprié pour les frais d'entretien, s'ils sont prescrits par un médecin.

³ Les montants maximaux prévus aux articles 3, 4 ou 5 s'appliquent par analogie.

⁴ Il n'est pas remboursé de frais, en dérogation à l'article 11, alinéa 2, pour les cures balnéaires et les séjours de convalescence effectués à l'étranger.

Régime
alimentaire

Art. 21 Les frais supplémentaires, dûment établis, occasionnés par un régime alimentaire médicalement nécessaire et prescrit par un médecin, sont considérés comme frais de maladie pour autant que la personne assurée ne vive pas dans un foyer ou dans un hôpital. Un montant annuel forfaitaire de 2100 francs est remboursé.

Transports

Art. 22 ¹ Les frais dûment établis sont remboursés dans les cas suivants:

- a* les transports qui résultent d'une urgence en Suisse,
- b* les transferts indispensables en Suisse,
- c* les transports vers le centre de soins médicaux le plus proche,
- d* les transports vers des structures de jour (art. 19).

² Les frais d'utilisation d'un moyen de transport public en deuxième classe sont remboursés pour les transports au sens de l'alinéa 1, lettres *c* et *d*. Si la maladie ou le handicap de la personne assurée l'oblige à recourir à un autre moyen de transport, les frais occasionnés sont remboursés.

Moyens
auxiliaires
et appareils
de soins
1. Principes du
remboursement

Art. 23 ¹ Les taxes de remise ou les frais de location des moyens auxiliaires ou des appareils de soins au sens de l'annexe 2 sont remboursés.

² Les frais d'achat, et non les taxes de remise ou les frais de location sont remboursés lorsque

- a* il s'agit d'un objet spécifiquement signalé dans l'annexe 2;
- b* les taxes de remise ou les frais de location prévisibles sont plus élevés que les frais d'achat.

³ Les taxes de remise, les frais de location ou d'achat d'appareils de soins au sens du chiffre 2 de l'annexe 2 sont remboursés uniquement pour les soins à domicile.

2. Attestation

Art. 24 ¹Lorsqu'il apparaît douteux qu'un moyen auxiliaire ou un appareil de soins soit nécessaire, économique ou adéquat, la personne assurée doit produire une attestation délivrée par un médecin, un service social de l'aide aux invalides ou un service d'ergothérapie.

² Pour ce qui est des appareils acoustiques, l'attestation au sens de l'alinéa 1 doit être délivrée par un expert reconnu ou une experte reconnue par l'assurance-invalidité pour effectuer des expertises de tels appareils.

³ Les frais des examens sont remboursés.

3. Remboursement en cas de remise de moyens auxiliaires par l'AVS

Art. 25 Les bénéficiaires d'une rente de vieillesse de l'AVS ont droit à un remboursement équivalant au tiers de la contribution fournie par l'AVS en faveur des moyens auxiliaires qui figurent dans l'annexe de l'ordonnance du DFI du 28 août 1978 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse (OMAV)¹⁾.

4. Moyens auxiliaires et appareils de soins achetés à l'étranger

Art. 26 Si un moyen auxiliaire ou un appareil de soins, dont les frais d'achat sont remboursés, est acheté à l'étranger, les frais sont remboursés si le prix payé est nettement inférieur à celui fixé en Suisse.

5. Remise et reprise d'appareils provenant de dépôts de l'AI

Art. 27 ¹Si un moyen auxiliaire ou un appareil de soins remis en prêt est disponible dans un dépôt de l'AI, il n'est pas possible de prétendre à l'obtention d'un appareil neuf.

² La reprise, l'entreposage et la réutilisation de moyens auxiliaires et d'appareils de soins remis en prêt sont régis par les prescriptions de l'ordonnance du 29 novembre 1976 du DFI concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (OMAI)²⁾.

6. Frais de réparation, d'adaptation, de renouvellement et dépenses résultant d'un entraînement particulier

Art. 28 Les dispositions de l'ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité s'appliquent par analogie au remboursement des frais de réparation, d'adaptation et de renouvellement ainsi qu'à celui des dépenses résultant d'un entraînement particulier à l'emploi de moyens auxiliaires ou d'appareils de soins.

Participation aux coûts au sens de l'article 64 LAMal

Art. 29 ¹La participation prévue par l'article 64 LAMal aux coûts des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'article 24 LAMal est remboursée.

¹⁾ RS 831.135.1

²⁾ RS 831.232.51

² Si une personne assurée a opté pour une assurance-maladie avec une franchise plus élevée que le montant prévu par l'article 103, alinéa 1 OAMal, la participation aux coûts remboursée s'élève à 1000 francs par année au plus.

³ La contribution journalière aux frais de séjour en cas d'hospitalisation prévue à l'article 64, alinéa 5 LAMal n'est pas remboursée.

3. Organisation et procédure

Compétence
et requête

Art. 30 ¹La Caisse de compensation du canton de Berne (CCB) est compétente pour fixer et verser les prestations complémentaires.

² Toute personne requérante doit faire valoir son droit aux prestations complémentaires par écrit auprès de l'agence AVS de son lieu de domicile.

³ La personne requérante est en droit de se faire représenter si elle ne peut faire valoir elle-même ses intérêts.

Vérification
des données

Art. 31 L'agence AVS vérifie si les données sont complètes et exactes, établit les faits, procède en règle générale à une première estimation du droit et transmet le dossier accompagné de sa proposition à la CCB.

Décision
et paiement

Art. 32 ¹La CCB examine la proposition de l'agence AVS et notifie sa décision par écrit à la personne requérante.

² La CCB vire en principe les prestations complémentaires sur un compte bancaire ou postal. Dans certains cas, elle peut

a charger la poste ou l'agence AVS de les verser en espèces et assortir le versement de charges;

b rembourser directement au fournisseur les frais de maladie et d'invalidité facturés qui n'ont pas encore été acquittés.

³ Si les circonstances le justifient, les prestations complémentaires peuvent également être versées en espèces à la demande de la personne bénéficiaire.

Compensation

Art. 33 Le remboursement de réductions de primes versées sur la base de l'ordonnance cantonale du 25 octobre 2000 sur l'assurance-maladie (OCAMal)¹⁾ peut être compensé par des prestations complémentaires échues.

¹⁾ RSB 842.111.1

4. Dispositions transitoires et dispositions finales

Appartements
protégés

Art. 34 ¹ Les appartements protégés rattachés à un foyer sont considérés jusqu'au 31 décembre 2012 au plus tard comme faisant partie d'un foyer reconnu, si

- a le foyer dispose d'une autorisation d'exploiter au sens de l'ordonnance sur les foyers;
- b un système d'appel d'urgence est disponible et qu'en cas d'appel de ce type, une personne à même d'évaluer la situation et de demander l'aide nécessaire rejoigne dans les 15 minutes l'habitant ou l'habitante de l'appartement;
- c tous les habitants de ces appartements se voient délivrer une attestation de tarif prévoyant un degré de soins 0, munie de la mention «Modèle d'appartements protégés avec prestations de soins et d'assistance»;
- d le transfert vers le service hospitalier du foyer est possible à tout moment et que
- e tous les repas et le nettoyage de l'appartement sont compris dans la taxe.

² Est reconnu au maximum comme dépense imputable le montant correspondant au degré de soins 0 au sens de l'article 4.

Modification
d'actes législatifs

Art. 35 Les actes législatifs suivants sont modifiés:

1. Ordonnance du 10 septembre 1980 sur l'aide au recouvrement et les avances de contributions d'entretien pour enfants:

Art. 14 ^{1 et 2} Inchangés.

³ Les moyens financiers du père ou de la mère qui a la garde de l'enfant doivent être considérés comme suffisants lorsque le revenu imposable en vertu de la législation sur les impôts atteint le double de la limite supérieure prévue par l'article 10, alinéa 1, lettre a, chiffre 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (LPC)¹⁾. Pour chaque autre enfant, le revenu calculé ci-dessus sera majoré du montant maximum prévu pour un orphelin par l'article 10, alinéa 1, lettre a, chiffre 3 LPC.

2. Ordonnance du 18 décembre 2002 concernant le système d'information sur les données relatives aux immeubles (Ordonnance GRUDIS):

Art. 12 ¹ Les autorités compétentes peuvent accéder aux données de GRUDIS par une procédure d'appel pour:

a à s inchangées,

¹⁾ RS 831.30

t «loi du 16 novembre 1989 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPCC)» est remplacé par «loi du 27 novembre 2008 portant introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LiLPC)»,

u inchangée.

² Inchangé.

Entrée en vigueur **Art. 36** La présente ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 2010.

Berne, le 16 septembre 2009

Au nom du Conseil-exécutif,
le président: *Käser*
le chancelier: *Nuspliger*

Approuvée par le Département fédéral de l'intérieur le ...

Annexe 1*à l'article 2*

Degrés de soins du système central (art. 2)	Points BESA (forfaits partiels et complets)	Groupes RAI/RUG (forfaits partiels)	Groupes RAI/RUG (forfaits complets)	Points ROES (forfaits partiels et complets)
0	0–05	PA0	PA0	1–3
1	6–15	PA1	PA1	4–6
2	16–26	PA2, BA1	PA2	7–9
3	27–36	IA1, BA2, PB1, RUA, PB2	BA1, IA1, BA2, PB1	10–12
4	37–47	BB1, IB1, BB2, CA1, PC1, RMA, RVA, RUB, RLA, RHA	PB2, BB1, IB1, BB2, CA1, PC1	13–16
5	48–58	PC2, RMB, CA2, CB1, PD1, PD2, IA2, RVB, IB2, RHB, CB2, PE1	RMA, RLA, PC2, CA2, CB1, PD1, PD2, IA2, IB2	17–20
6	59–68	CC1, SSA, PE2, RLB, CC2, SSB, SE1, RVC	RUA, RVA, RHA, RMB, CB2, PE1, CC1, SSA, PE2, SSB	21–24
7	69–79	RUC, SSC, RMC, RHC	RUB, RVB, RHB, RLB, CC2, SE1, SSC	25–28
8	80–90	SE2	RVC, RMC, RHC	29–32
9	91–101	SE3	SE2	33–36
10	plus de 101	–	RUC, SE3	37–40

Annexe 2*à l'article 23*

1.	Moyens auxiliaires	
1.1*	<i>Chaussures</i>	Retouches orthopédiques coûteuses aux chaussures de confection.
1.2*	<i>Lunettes à cataracte ou verres de contact après opération de la cataracte</i>	Pour les lunettes à cataracte provisoires utilisées directement après l'opération, seuls les frais de location sont remboursés.
1.3	<i>Moyens auxiliaires pour les aveugles et les graves handicapés de la vue</i>	
a	Cannes longues d'aveugles	
b	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.
c	Machines à écrire en braille	
d	Appareils d'écoute pour supports sonores	Permet d'écouter des textes enregistrés sur des supports sonores.
1.4	<i>Moyens auxiliaires permettant à l'invalidé d'établir des contacts avec son entourage</i>	
a	Machines à écrire automatiques	Lorsque la personne assurée 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.
b	Appareils d'écoute pour supports sonores	Permet à une personne paralysée assurée qui ne peut pas lire des livres de façon indépendante d'écouter des textes enregistrés sur des supports sonores.
c	Tourneurs de pages	Lorsque la personne assurée remplissant les conditions fixées pour un appareil d'écoute pour support sonore a besoin d'un tel appareil en lieu et place d'un appareil d'écoute.
d	Dispositifs automatiques de commande du téléphone	Lorsque la personne assurée très gravement paralysée, qui n'est ni hospitalisée, ni placée dans une institution spécialisée pour malades chroniques, ne peut établir des contacts avec son entourage qu'au moyen de ce dispositif.
2.	Appareils de soins	
a	Installations sanitaires complémentaires automatiques	Lorsque la personne assurée ne peut faire sa toilette qu'au moyen de cet appareil.
b	Elevateurs pour malades	S'il est attesté médicalement qu'un tel moyen est indispensable pour les soins à domicile.
c	Lits électriques	S'il est attesté médicalement qu'un lit électrique est indispensable pour les soins à domicile.
d*	Chaises percées	
e	Potences	

Légende:

*: Les frais d'achat sont remboursés.