

Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie

(Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS)¹

du 29 septembre 1995 (Etat le 1^{er} mars 2011)

Le Département fédéral de l'intérieur,

vu les art. 33, 36, al. 1, 54, al. 2 à 4, 59a, 62, 65, al. 3, 71, al. 4, 75, 77, al. 4 et 105, al. 1^{bis}, de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)^{2,3}

arrête:

Titre 1 Prestations

Chapitre 1

Prestations des médecins, des chiropraticiens et des pharmaciens⁴

Section 1 Prestations remboursées

Art. 1⁵

Figurent à l'annexe 1 les prestations visées par l'art. 33, let. a et c, OAMal, qui ont été examinées par la Commission fédérale des prestations générales et des principes de l'assurance-maladie et dont l'assurance-maladie obligatoire des soins (assurance):

- a. prend en charge les coûts;
- b. prend en charge les coûts à certaines conditions;
- c. ne prend pas en charge les coûts.

RO 1995 4964

¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 7 oct. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2003 (RO 2002 3670).

² RS 832.102

³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 juin 2008, en vigueur depuis le 1^{er} août 2008 (RO 2008 3553).

⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO 2000 3088).

⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 déc. 2008, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 6493).

Section 2 Psychothérapie pratiquée par un médecin

Art. 2⁶ Principe

¹ L'assurance prend en charge les coûts de la psychothérapie effectuée par un médecin selon des méthodes dont l'efficacité est scientifiquement prouvée.

² On entend par psychothérapie une forme de traitement qui:

- a. concerne des maladies psychiques et psychosomatiques;
- b. vise un objectif thérapeutique défini;
- c. repose essentiellement sur la communication verbale, mais n'exclut pas les traitements médicamenteux de soutien;
- d. se base sur une théorie du vécu et du comportement normaux et pathologiques ainsi que sur un diagnostic étiologique;
- e. comprend la réflexion systématique et une relation thérapeutique suivie;
- f. se caractérise par un rapport de travail de confiance ainsi que par des séances de thérapie régulières et planifiées;
- g. peut être pratiquée sous forme de thérapie individuelle, familiale, de couple ou en groupe.

Art. 3⁷ Prise en charge

L'assurance prend en charge les coûts pour un maximum de 40 séances diagnostiques et thérapeutiques. L'art. 3b est réservé.

Art. 3a⁸

⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821).

⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821).

⁸ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 2006 (RO 2006 2957). Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, avec effet au 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821).

Art. 3b⁹ Procédure concernant la prise en charge en cas de poursuite d'une thérapie après 40 séances

¹ Pour que, après 40 séances, l'assurance continue de prendre en charge les coûts de la psychothérapie, le médecin traitant doit adresser à temps un rapport au médecin-conseil de l'assureur. Le rapport doit mentionner:

- a. le type de maladie;
- b. le genre, le cadre, le déroulement et les résultats du traitement entamé;
- c. une proposition de prolongation de la thérapie indiquant la finalité, le cadre et la durée probable;

² Le rapport ne peut contenir que des données nécessaires à l'assureur pour évaluer l'obligation de prise en charge.

³ Le médecin-conseil examine le rapport et propose à l'assureur de poursuivre la psychothérapie à la charge de l'assurance, en indiquant sa durée jusqu'au prochain rapport, ou de l'interrompre.

⁴ L'assureur communique à la personne assurée, avec copie au médecin traitant, dans les 15 jours ouvrables suivant la réception du rapport par le médecin-conseil s'il continue de prendre en charge les coûts de la psychothérapie et pour quelle durée.

Art. 3c et 3d¹⁰

Section 3 Prestations prescrites par les chiropraticiens

Art. 4

L'assurance prend en charge les analyses, les médicaments, les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques, les examens par imagerie ainsi que les prestations de physiothérapie, prescrits par les chiropraticiens, qui suivent: ¹¹

- a.¹² analyses:
en application de l'art. 62, al. 1, let. b, OAMal, les analyses sont désignées séparément dans la liste des analyses;

⁹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 2006 (RO 2006 2957). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821).

¹⁰ Introduits par le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 2006 (RO 2006 2957). Abrogés par le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, avec effet au 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821).

¹¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

¹² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 17 nov. 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2004 (RO 2003 5283).

- b. médicaments:
les spécialités pharmaceutiques des groupes thérapeutiques 01.01 Analgetica et 07.10. Arthrites et affections rhumatismales de la liste des spécialités, pour autant que l'office suisse de contrôle compétent ait spécifié comme mode de vente pour ces spécialités la vente en pharmacie sans ordonnance médicale (C) ou la vente en pharmacie et droguerie (D);
- c. moyens et appareils:
 - 1. les produits du groupe 05.12.01. Minerve cervicale de la liste des moyens et appareils,
 - 2. les produits du groupe 34. Matériel de pansements de la liste des moyens et appareils lorsqu'ils sont utilisés pour la colonne vertébrale.
- d.¹³ examens par imagerie:
 - 1. radiographie du squelette,
 - 2. scanner (CT) du squelette,
 - 3. résonance magnétique nucléaire (IRM) du squelette axial,
 - 4. scintigraphie du squelette;
- e.¹⁴ prestations de physiothérapie selon l'art. 5.

Section 4¹⁵ Prestations fournies par les pharmaciens

Art. 4a

¹ L'assurance prend en charge les coûts des prestations suivantes fournies par les pharmaciens:

- a. conseils lors de l'exécution d'une ordonnance médicale contenant au moins un médicament de la liste des spécialités;
- b. exécution d'une ordonnance médicale en dehors des heures de travail usuelles, en cas d'urgence;
- c. remplacement d'une préparation originale ou d'un générique prescrits par un médecin par un générique plus avantageux;
- d. assistance prescrite par un médecin, lors de la prise d'un médicament.

² L'assurance peut prendre en charge, dans le cadre d'une convention tarifaire, les coûts de prestations plus étendues permettant de réduire les coûts, fournies en faveur d'un groupe d'assurés.

¹³ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 10 juillet 2000 (RO 2000 2546). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2002 (RO 2002 4253).

¹⁴ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

¹⁵ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO 2000 3088).

Chapitre 2 Prestations fournies sur prescription ou mandat médical

Section 1 Physiothérapie

Art. 5

¹ Les prestations suivantes des physiothérapeutes, au sens des art. 46 et 47 OAMal ou des organisations, au sens de l'art. 52a OAMal, sont prises en charge lorsqu'elles sont fournies sur prescription médicale et dans le cadre du traitement de maladies musculosquelettiques ou neurologiques ou des systèmes des organes internes et des vaisseaux, pour autant que la physiothérapie permette de les traiter:¹⁶

- a. mesures relatives à l'examen et à l'évaluation physiothérapeutiques;
- b. mesures thérapeutiques, conseils et instruction:
 1. kinésithérapie active et passive,
 2. thérapie manuelle,
 3. physiothérapie détonifiante,
 4. physiothérapie respiratoire (y c. inhalations par aérosols),
 5. thérapie médicale d'entraînement,
 6. physiothérapie lymphologique,
 7. kinésithérapie dans l'eau,
 8. hippothérapie en cas de sclérose en plaques,
 9. physiothérapie cardio-vasculaire,
 - 10.¹⁷physiothérapie du plancher pelvien;
- c. mesures physiques:
 1. thérapie du chaud et du froid,
 2. électrothérapie,
 3. luminothérapie (ultraviolets, infrarouges, rayons colorés),
 4. ultrasons,
 5. hydrothérapie,
 6. massages musculaires et des tissus conjonctifs.¹⁸

^{1bis} Les mesures visées à l'al 1, let. b, ch. 1, 3 à 5, 7 et 9 peuvent être appliquées individuellement ou en groupes.¹⁹

¹⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 27 oct. 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2010 (RO 2009 6083).

¹⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 27 oct. 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2010 (RO 2009 6083).

¹⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821).

¹⁹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821).

¹er La thérapie médicale d'entraînement débute par une introduction à l'entraînement pratiqué sur des appareils et se termine tout au plus dans les trois mois suivants. Elle prime sur un traitement physiothérapeutique individuel.²⁰

² L'assurance prend en charge, par prescription médicale, au plus les coûts de neuf séances, le premier traitement devant intervenir dans les cinq semaines qui suivent la prescription médicale.²¹

³ Une nouvelle prescription médicale est nécessaire pour la prise en charge d'un plus grand nombre de séances.

⁴ Pour que, après un traitement équivalent à 36 séances, celui-ci continue à être pris en charge, le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et lui remettre une proposition dûment motivée. Le médecin-conseil propose de poursuivre ou non la thérapie aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure et à quel moment le prochain rapport doit être présenté.²²

⁵ Pour les assurés qui ont droit jusqu'à l'âge de 20 ans aux prestations prévues à l'art. 13 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité²³, la prise en charge des coûts en cas de poursuite d'une physiothérapie déjà commencée s'effectue, après l'âge de 20 ans, au sens de l'al. 4.²⁴

Section 2 Ergothérapie

Art. 6

¹ Les prestations fournies, sur prescription médicale, par les ergothérapeutes et les organisations d'ergothérapie, au sens des art. 46, 48 et 52 OAMal, sont prises en charge dans la mesure où:

- a. elles procurent à l'assuré, en cas d'affections somatiques, grâce à une amélioration des fonctions corporelles, l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, ou
- b.²⁵ elles sont effectuées dans le cadre d'un traitement psychiatrique.

²⁰ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO **2009** 2821).

²¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO **2009** 2821).

²² Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2002 (RO **2002** 4253). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 déc. 2008, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO **2008** 6493).

²³ RS **831.20**

²⁴ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 10 déc. 2008 (RO **2008** 6493). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO **2009** 2821).

²⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996 (RO **1997** 564).

² L'assurance prend en charge, par prescription médicale, au plus les coûts de neuf séances, le premier traitement devant intervenir dans les huit semaines qui suivent la prescription médicale.²⁶

³ Une nouvelle prescription médicale est nécessaire pour la prise en charge d'un plus grand nombre de séances.

⁴ Pour que, après un traitement équivalent à 36 séances, celui-ci continue à être pris en charge, le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et lui remettre une proposition dûment motivée. Le médecin-conseil propose de poursuivre ou non la thérapie aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure et à quel moment le prochain rapport doit être présenté.²⁷

⁵ Pour les assurés qui ont droit jusqu'à l'âge de 20 ans aux prestations prévues à l'art. 13 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité²⁸, la prise en charge des coûts en cas de poursuite d'une ergothérapie déjà commencée s'effectue, après l'âge de 20 ans, au sens de l'al. 4.²⁹

Section 3

Soins ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social³⁰

Art. 7 Définition des soins

¹ Les prestations au sens de l'art. 33, let. b, OAMal comprennent les examens, les traitements et les soins effectués selon l'évaluation des soins requis selon l'al. 2, let. a, et selon l'art. 8 sur prescription médicale ou sur mandat médical par des:

- a. infirmiers et infirmières (art. 49 OAMal);
- b. organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51 OAMal);
- c. établissements médico-sociaux (art. 39, al. 3, de la LF du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, LAMal³¹).³²

² Les prestations au sens de l'al. 1 comprennent:³³

- a.³⁴ l'évaluation et les conseils:

²⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO **2009** 2821).

²⁷ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2002 (RO **2002** 4253). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 déc. 2008, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO **2008** 6493).

²⁸ RS **831.20**

²⁹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 10 déc. 2008 (RO **2008** 6493). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO **2009** 2821).

³⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO **2009** 3527 6849 ch. I).

³¹ RS **832.10**

³² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO **2009** 3527 6849 ch. I).

³³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006 (RO **2006** 5769).

³⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006 (RO **2006** 5769).

1. évaluation des besoins du patient et de l'environnement de ce dernier; planification, en collaboration avec le médecin et le patient, des mesures nécessaires,
 2. conseils au patient ainsi que, le cas échéant, aux intervenants non professionnels pour les soins, en particulier quant à la manière de gérer les symptômes de la maladie, pour l'administration des médicaments ou pour l'utilisation d'appareils médicaux; contrôles nécessaires;
- b. les examens et les traitements:
1. contrôle des signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, respiration, poids),
 2. test simple du glucose dans le sang ou l'urine,
 3. prélèvement pour examen de laboratoire,
 4. mesures thérapeutiques pour la respiration (telles que l'administration d'oxygène, les inhalations, les exercices respiratoires simples, l'aspiration),
 5. pose de sondes et de cathéters, ainsi que les soins qui y sont liés,
 6. soins en cas d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale,
 7. administration de médicaments, en particulier par injection ou perfusion,
 8. administration entérale ou parentérale de solutions nutritives,
 9. surveillance de perfusions, de transfusions ou d'appareils servant au contrôle et au maintien des fonctions vitales ou au traitement médical,
 10. rinçage, nettoyage et pansement de plaies (y compris les escarres et les ulcères) et de cavités du corps (y compris les soins pour trachéo-stomisés et stomisés), soins pédicures pour les diabétiques,
 11. soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale, y compris la rééducation en cas d'incontinence,
 12. assistance pour des bains médicaux partiels ou complets, application d'enveloppements, cataplasmes et fangos,
 - 13.³⁵ soins destinés à la mise en œuvre au quotidien de la thérapie du médecin, tels que l'exercice de stratégies permettant de gérer la maladie et l'instruction pour la gestion des agressions, des angoisses et des idées paranoïaques,
 - 14.³⁶ soutien apporté aux malades psychiques dans des situations de crise, en particulier pour éviter les situations aiguës de mise en danger de soi-même ou d'autrui;
- c. les soins de base:
1. soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que: bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traite-

³⁵ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006 (RO 2006 5769).

³⁶ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006 (RO 2006 5769).

ment; aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche; aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter,

- 2.37 mesures destinées à surveiller et à soutenir les malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie, telles que la planification et la structuration de leurs journées de manière appropriée, l'établissement et la promotion des contacts sociaux par un entraînement ciblé et le soutien lors de l'utilisation d'aides à l'orientation et du recours à des mesures de sécurité.

^{2bis} Il appartient à une infirmière ou à un infirmier (art. 49 OAMal) pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans le domaine psychiatrique d'évaluer si des mesures telles que celles qui sont prévues à la let. b, ch. 13 et 14, et à la let. c, ch. 2, doivent être prises.³⁸

^{2ter} Les prestations peuvent être fournies de manière ambulatoire ou dans un établissement médico-social. Elles peuvent également être fournies exclusivement pendant le jour ou la nuit.³⁹

³ Sont réputées prestations de soins aigus et de transition au sens de l'art. 25a, al. 2, LAMal, les prestations mentionnées à l'al. 2, fournies par des personnes ou institutions au sens de l'al. 1, let. a à c, selon l'évaluation des soins requis prévue à l'al. 2, let. a, et à l'art. 8, après un séjour hospitalier et sur prescription d'un médecin de l'hôpital.⁴⁰

Art. 7a⁴¹ Montants

¹ Pour les fournisseurs de prestations visés à l'art. 7, al. 1, let. a et b, l'assurance prend en charge les montants suivants, par heure, sur les coûts des prestations définies à l'art. 7, al. 2:

- a. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. a: 79 fr. 80;
- b. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. b: 65 fr. 40;
- c. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. c: 54 fr. 60.

² Le remboursement des montants, selon l'al. 1, s'effectue par unité de temps de 5 minutes. Au minimum 10 minutes sont remboursées.

³ Pour les fournisseurs de prestations visés à l'art. 7, al. 1, let. c, l'assurance prend en charge les montants suivants, par jour, sur les coûts des prestations définies à l'art. 7, al. 2:

³⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006 (RO 2006 5769).

³⁸ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006 (RO 2006 5769).

³⁹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

⁴⁰ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 1997 (RO 1997 2039). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

⁴¹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

- a. jusqu'à 20 minutes de soins requis: 9 francs;
- b. de 21 à 40 minutes de soins requis: 18 francs;
- c. de 41 à 60 minutes de soins requis: 27 francs;
- d. de 61 à 80 minutes de soins requis: 36 francs;
- e. de 81 à 100 minutes de soins requis: 45 francs;
- f. de 101 à 120 minutes de soins requis: 54 francs;
- g. de 121 à 140 minutes de soins requis: 63 francs;
- h. de 141 à 160 minutes de soins requis: 72 francs;
- i. de 161 à 180 minutes de soins requis: 81 francs;
- j. de 181 à 200 minutes de soins requis: 90 francs;
- k. de 201 à 220 minutes de soins requis: 99 francs;
- l. plus de 220 minutes de soins requis: 108 francs.

⁴ Pour les structures de soins de jour ou de nuit selon l'art. 7, al. 2^{er}, l'assurance prend en charge les montants selon l'al. 3, par jour ou par nuit, sur les coûts des prestations définies à l'art. 7, al. 2.

Art. 7b⁴² Prise en charge des soins aigus et de transition

¹ Le canton de résidence et les assureurs prennent en charge les coûts des prestations de soins aigus et de transition, selon leur part respective. Le canton de résidence fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de l'année civile, la part cantonale pour les habitants du canton. Celle-ci se monte à 55 % au moins.

² Le canton de résidence verse sa part de la rémunération directement au fournisseur de prestations. Les modalités sont convenues entre le fournisseur de prestations et le canton de résidence. L'assureur et le canton de résidence peuvent convenir que le canton paie sa part à l'assureur et que ce dernier verse les deux parts au fournisseur de prestations. La facturation entre le fournisseur de prestations et l'assureur est réglée à l'art. 42 LAMal⁴³.

Art. 8⁴⁴ Prescription ou mandat médical et évaluation des soins requis

¹ La prescription ou le mandat médical détermine, sur la base de l'évaluation des soins requis et de la planification commune, les prestations à effectuer par les infirmiers ou par les organisations d'aide et de soins à domicile.

² Sont compris dans l'évaluation des soins requis, l'appréciation de l'état général du patient, l'évaluation de son environnement ainsi que celle des soins et de l'aide dont il a besoin.

⁴² Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

⁴³ RS 832.10

⁴⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2039).

³ L'évaluation des soins requis se fonde sur des critères uniformes. Les résultats sont inscrits sur un formulaire. Celui-ci indiquera notamment le temps nécessaire prévu. Les partenaires tarifaires établissent un formulaire uniforme.

^{3bis} L'évaluation des soins aigus et de transition requis se fonde sur des critères uniformes. Les résultats sont inscrits sur un formulaire unique.⁴⁵

⁴ L'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux se fonde sur des besoins en soins requis (art. 9, al. 2). Le besoin en soins requis déterminé par le médecin tient lieu d'ordonnance ou de mandat médical.⁴⁶

⁵ Les assureurs peuvent exiger que leur soient communiquées les données de l'évaluation des soins requis relevant des prestations prévues à l'art. 7, al. 2.

⁶ La durée de la prescription ou du mandat médical ne peut dépasser:

- a. trois mois lorsque le patient est atteint d'une maladie aiguë;
- b. six mois lorsque le patient est atteint d'une maladie de longue durée;
- c. deux semaines lorsque le patient nécessite des soins aigus et de transition.⁴⁷

^{6bis} L'attestation médicale qui justifie l'allocation pour impotence grave ou moyenne versée par l'assurance-vieillesse et survivants, par l'assurance-invalidité ou par l'assurance-accidents vaut comme prescription ou mandat médical de durée illimitée en ce qui concerne les prestations de soins nécessitées par l'impotence. Lorsque l'allocation est révisée, l'assuré doit communiquer le résultat du réexamen à l'assureur. Une prescription ou un mandat médical doit être établi à la suite de la révision de l'allocation pour impotent.⁴⁸

⁷ La prescription ou le mandat médical, selon l'al. 6, let. a et b, peuvent être renouvelés.⁴⁹

Art. 8a⁵⁰ Procédure de contrôle et de conciliation

¹ Les fournisseurs de prestations au sens de l'art. 7, al. 1, let. a et b, et les assureurs conviennent d'une procédure de contrôle et de conciliation commune pour les soins ambulatoires prodigués.

² A défaut de convention, le gouvernement cantonal fixe, après avoir entendu les parties, la procédure de contrôle et de conciliation prévue à l'al. 1.

⁴⁵ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

⁴⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

⁴⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

⁴⁸ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 18 sept. 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2436).

⁴⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

⁵⁰ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 1997 (RO 1997 2039). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

³ La procédure sert à vérifier le bien-fondé de l'évaluation des soins requis et à contrôler l'adéquation et le caractère économique des prestations. Les prescriptions ou les mandats médicaux peuvent être examinés par le médecin-conseil (art. 57 LAMal⁵¹) lorsqu'ils prévoient plus de 60 heures de soins par trimestre. Lorsqu'ils prévoient moins de 60 heures de soins par trimestre, ils sont examinés par sondages.

Art. 9⁵² Facturation

¹ Les prestations définies à l'art. 7, al. 2, qui sont fournies par des infirmiers ou des infirmières ou par des organisations d'aide et de soins à domicile doivent être facturées selon leur nature.

² Les prestations définies à l'art. 7, al. 2, qui sont fournies dans des établissements médico-sociaux doivent être facturées selon le besoin en soins requis.

Art. 9a⁵³

Section 3a⁵⁴ Conseils nutritionnels

Art. 9b⁵⁵

¹ Les diététiciens, au sens des art. 46 et 50a OAMal, prodiguent, sur prescription ou sur mandat médical, des conseils diététiques aux assurés qui souffrent des maladies suivantes:⁵⁶

- a.⁵⁷ troubles du métabolisme;
- b. obésité (body mass index de plus de 30) et affections qui découlent de la surcharge pondérale ou qui y sont associées;
- c. maladies cardio-vasculaires;
- d. maladies du système digestif;
- e. maladies des reins;
- f. états de malnutrition ou de dénutrition;
- g. allergies alimentaires ou réactions allergiques dues à l'alimentation.

⁵¹ RS 832.10

⁵² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

⁵³ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 18 sept. 1997 (RO 1997 2436). Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, avec effet au 1^{er} janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

⁵⁴ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 1997 (RO 1997 564).

⁵⁵ Anciennement art. 9a.

⁵⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 18 nov. 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO 1999 528).

⁵⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 18 nov. 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO 1999 528).

² L'assurance prend en charge, sur prescription du médecin traitant, au plus six séances de conseils nutritionnels. La prescription médicale peut être renouvelée si de nouvelles séances sont nécessaires.

³ Si les conseils nutritionnels doivent être poursuivis aux frais de l'assurance après douze séances, le médecin traitant en réfère au médecin-conseil; il lui transmet une proposition dûment motivée concernant la poursuite des conseils nutritionnels. Le médecin-conseil propose à l'assureur de poursuivre ou non les séances de conseils nutritionnels aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure.

Section 3^{b58} Conseils aux diabétiques

Art. 9c

¹ L'assurance prend en charge le coût des conseils aux diabétiques qui sont prodigués, sur prescription ou mandat médical, par:

- a. les infirmiers et infirmières (art. 49 OAMal) qui ont une formation spéciale reconnue par l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI);
- b. un centre de conseils de l'Association suisse du diabète admis en application de l'art. 51 OAMal qui emploie du personnel diplômé ayant une formation spéciale reconnue par l'ASI.

² Les conseils aux diabétiques comprennent les conseils et les instructions sur tous les aspects des soins nécessaires au traitement de la maladie (*Diabetes mellitus*).

³ L'assurance prend en charge par prescription médicale au plus les coûts de dix séances de conseils. Pour que, après dix séances, celles-ci continuent à être prises en charge, le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et lui remettre une proposition dûment motivée. Le médecin-conseil propose de poursuivre ou non les conseils aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure.⁵⁹

⁴ Les diététiciens (art. 50a OAMal) employés dans un centre de conseils de l'Association suisse du diabète peuvent prodiguer les prestations qui figurent à l'art. 9b, al. 1, let. a, ainsi qu'aux al. 2 et 3.

Section 4 Logopédie-orthophonie

Art. 10 Principe

Les logopédistes-orthophonistes traitent, sur prescription médicale, les patients souffrant de troubles du langage et de la parole, de l'articulation, de la voix ou du débit ayant une des causes suivantes:

⁵⁸ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 18 nov. 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO 1999 528).

⁵⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2002 (RO 2002 4253).

- a. atteinte cérébrale organique par infection, par traumatisme, comme séquelle post-opératoire, par intoxication, par tumeur ou par troubles vasculaires;
- b. affections phoniatriques (par exemple malformation labio-maxillo-palatine partielle ou totale; altération de la mobilité bucco-linguo-faciale ou du voile du palais d'origine infectieuse ou traumatique ou comme séquelle post-opératoire; dysphonie hypo- ou hyperfonctionnelle; altération de la fonction du larynx d'origine infectieuse ou traumatique ou comme séquelle post-opératoire).

Art. 11 Conditions

¹ L'assurance prend en charge, par prescription médicale, au plus douze séances de thérapie logopédique, dans une période de trois mois au maximum depuis la prescription médicale.

² Une nouvelle prescription médicale est nécessaire pour la prise en charge d'un plus grand nombre de séances.

³ Si une thérapie logopédique doit être poursuivie aux frais de l'assurance après un traitement équivalent à 60 séances d'une heure dans une période d'une année, le médecin traitant en réfère au médecin-conseil; il lui transmet une proposition dûment motivée concernant la poursuite de la thérapie. Le médecin-conseil propose de poursuivre ou non la thérapie aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure.⁶⁰

⁴ Le médecin traitant adresse au médecin-conseil un rapport relatif au traitement et à l'indication de la thérapie au moins une fois par an.

⁵ Les rapports adressés au médecin-conseil, en application des al. 3 et 4, ne contiennent que les indications nécessaires à établir si le traitement continuera à être pris en charge par l'assureur.

Chapitre 3 Mesures de prévention

Art. 12⁶¹ Principe

L'assurance prend en charge les mesures médicales de prévention suivantes (art. 26 LAMal⁶²):

- a. Vaccinations prophylactiques (art. 12a);
- b. Mesures visant la prophylaxie des maladies (art. 12b);
- c. Examens concernant l'état de santé général (art. 12c);
- d. Mesures de dépistage précoce de maladies chez certains groupes à risques (art. 12d);

⁶⁰ Nouvelle teneur de la phrase selon le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996 (RO 1997 564).

⁶¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 21 nov. 2007, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO 2007 6839).

⁶² RS 832.10

- e. Mesures de dépistage précoce de maladies dans toute la population; en font également partie les mesures qui s'adressent à toutes les personnes d'une certaine tranche d'âge ou uniquement aux hommes ou aux femmes (art. 12e).

Art. 12a⁶³ Vaccinations prophylactiques

L'assurance prend en charge les coûts des vaccinations prophylactiques suivantes aux conditions ci-après:

Mesure	Conditions
a. Vaccination et rappels contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite; vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole	Pour les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de seize ans et pour les adultes non immunisés, selon le «Plan de vaccination suisse 2010 ⁶⁴ » établi par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV).
b. Rappel dT	Pour les personnes de plus de seize ans, selon le «Plan de vaccination suisse 2010» établi par l'OFSP et la CFV.
c. ⁶⁵ Vaccination contre <i>Haemophilus influenzae</i>	Pour les enfants jusqu'à l'âge de cinq ans, selon le «Plan de vaccination suisse 2010» établi par l'OFSP et la CFV.
d. ⁶⁶ Vaccination contre l'influenza	1. Vaccination annuelle pour les personnes présentant un risque de complications élevé; selon la catégorie a) des recommandations de vaccination contre la grippe saisonnière établies par l'OFSP, le groupe de travail Influenza et la CFV du 21 juin 2010 (Bulletin OFSP 25/2010).

⁶³ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 21 nov. 2007 (RO 2007 6839). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821).

⁶⁴ Nouvelle expression selon le ch. I de l'O du DFI du 14 juin 2010, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2010 (RO 2010 2755). Il a été tenu compte de cette modification dans tout le présent texte.

⁶⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 27 oct. 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2010 (RO 2009 6083).

⁶⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 16 août 2010, en vigueur depuis le 1^{er} sept. 2010 (RO 2010 3559).

Mesure	Conditions
e. Vaccination contre l'hépatite B	<p>2. En cas de menace de pandémie d'influenza ou lors d'une pandémie d'influenza, pour les personnes pour lesquelles l'OFSP recommande une vaccination (conformément à l'art. 12 de l'O du 27 avril 2005 sur la pandémie d'influenza⁶⁷).</p> <p>Aucune franchise n'est prélevée pour cette prestation. Une somme forfaitaire est accordée pour la vaccination (vaccin compris).</p> <p>1. Pour les nouveau-nés de mères HBsAg-positives et les personnes exposées à un risque de contamination. En cas d'indication professionnelle, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.</p> <p>2. Vaccination selon les recommandations établies en 1997 par l'OFSP et la CFV (Supplément du Bulletin de l'OFSP 5/98 et Complément du Bulletin 36/98) et selon le «Plan de vaccination suisse 2010» établi par l'OFSP et la CFV.</p>
f. Vaccination passive avec Hépatites B-Immunoglobuline	Pour les nouveau-nés de mères HbsAg-positives.

⁶⁷ RS 818.101.23

Mesure	Conditions
g. Vaccination contre les pneumocoques	<p>1. Avec le vaccin polysaccharidique: adultes à partir de 65 ans, adultes et enfants de plus de deux ans présentant une maladie chronique sévère, une déficience immunitaire, un diabète sucré, une fistule de liquide céphalo-rachidien, une asplénie fonctionnelle ou anatomique, un implant cochléaire ou une malformation de la base du crâne, ou avant une splénectomie ou la pose d'un implant cochléaire, selon le «Plan de vaccination suisse 2010» établi par l'OFSP et la CFV.</p> <p>2. Avec le vaccin conjugué: enfants de moins de deux ans et enfants de moins de cinq ans atteints de maladies chroniques, selon le «Plan de vaccination suisse 2010» établi par l'OFSP et la CFV.</p>
h. Vaccination contre les méningocoques	Selon le «Plan de vaccination suisse 2010» établi par l'OFSP et la CFV.
i. Vaccination contre la tuberculose	Avec le vaccin BCG, selon les lignes directrices établies en 1996 par l'Association suisse contre la tuberculose et les maladies pulmonaires (ASTP) et l'OFSP (Bulletin de l'OFSP 16/1996).
j. Vaccination contre l'encéphalite à tiques (FSME)	<p>Selon le «Plan de vaccination suisse 2010» établi par l'OFSP et la CFV.</p> <p>En cas d'indication professionnelle, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.</p>
k. Vaccination contre la varicelle	Selon le «Plan de vaccination suisse 2010» établi par l'OFSP et la CFV.

Mesure	Conditions
I. ⁶⁸ Vaccination contre le papillomavirus humain (HPV)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selon les recommandations de l'OFSP et de la CFV de juin 2007 (Bulletin de l'OFSP 25/2007): <ol style="list-style-type: none"> a. vaccination générale des filles en âge scolaire; b. vaccination des filles et des jeunes femmes de 15 à 26 ans. Cette disposition est applicable jusqu'au 31 décembre 2012. 2. Vaccination dans le cadre de programmes cantonaux de vaccination qui doivent satisfaire aux exigences minimales suivantes: <ol style="list-style-type: none"> a. l'information des groupes cibles et de leurs parents/représentants légaux sur la disponibilité des vaccins et les recommandations de l'OFSP et de la CFV est assurée; b. l'achat des vaccins s'effectue de manière centralisée; c. la vaccination complète (schéma de vaccination selon les recommandations de l'OFSP et de la CFV) est visée; d. les prestations et les obligations des responsables du programme, des médecins chargés de la vaccination et des assureurs-maladie sont définies; e. la collecte des données, le décompte, les flux informatif et financier sont réglés. 3. Aucune franchise n'est prélevée sur cette prestation.

⁶⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 déc. 2010, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2010 5837).

Mesure	Conditions
m. Vaccination contre l'hépatite A	<p>Selon le «Plan de vaccination suisse 2010» établi par l'OFSP et la CFV.</p> <p>Pour les personnes suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – pour les patients atteints d'une affection chronique du foie; – pour les enfants en provenance de pays à forte ou moyenne endémie qui vivent en Suisse et retournent dans leur pays d'origine pour un séjour temporaire; – pour les consommateurs de drogue par injection; – pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes en dehors d'une relation stable. <p>Vaccination post-expositionnelle dans les sept jours suivant l'exposition.</p> <p>En cas d'indication professionnelle et de recommandation médicale aux voyageurs, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.</p>
n. Vaccination contre la rage	<p>Vaccination post-expositionnelle, après une morsure par un animal enragé ou susceptible de l'être.</p> <p>En cas d'indication professionnelle la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.</p>

Art. 12b⁶⁹ Mesures visant la prophylaxie de maladies

L'assurance prend en charge les coûts des mesures suivantes visant la prophylaxie de maladies aux conditions ci-après:

Mesure	Conditions
a. Prophylaxie à la vitamine K	Chez les nouveau-nés (3 doses).
b. Prophylaxie du rachitisme à la vitamine D	Chez les enfants pendant leur première année.

⁶⁹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 21 nov. 2007, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO 2007 6839).

Mesure	Conditions
c. ⁷⁰ Prophylaxie VIH post-exposition	Selon les recommandations de l'OFSP (Bulletin de l'OFSP n° 36, 2006). En cas d'indication professionnelle la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.
d. ⁷¹ Immunisation passive post-expositionnelle	Selon les recommandations de l'OFSP et de la Commission suisse pour les vaccinations (directives et recommandations «Immunisation passive post-expositionnelle» d'octobre 2004). En cas d'indication professionnelle, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.

Art. 12c⁷² Examens concernant l'état de santé général

L'assurance prend en charge les coûts des mesures suivantes concernant l'état de santé général aux conditions ci-après:

Mesure	Conditions
a. Examen de bonne santé et de développement de l'enfant d'âge préscolaire	Selon les recommandations du manuel: «Examens de dépistage», édité par la Société suisse de pédiatrie (2 ^e édition, Berne, 1993); au total: huit examens.

Art. 12d⁷³ Mesures en vue du dépistage précoce de maladies chez certains groupes à risques

L'assurance prend en charge les coûts des mesures suivantes en vue du dépistage précoce de maladies chez certains groupes à risques aux conditions ci-après:

⁷⁰ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821).

⁷¹ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821).

⁷² Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 21 nov. 2007, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO 2007 6839).

⁷³ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 21 nov. 2007, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO 2007 6839).

Mesure	Conditions
a. Test VIH	Pour les nourrissons de mères séropositives et pour les personnes exposées à un danger de contamination, suivi d'un entretien de conseils qui doit être consigné.
b. Coloscopie	En cas de cancer du côlon familial (au moins trois parents du premier degré atteints ou un avant l'âge de 30 ans).
c. Examen de la peau	En cas de risque élevé de mélanome familial (mélanome chez un parent au premier degré).
d. ⁷⁴ Mammographie	En cas de cancer chez la mère, la fille ou la sœur. Fréquence selon l'évaluation, au maximum un examen préventif par an. Un entretien explicatif et de conseil doit précéder la première mammographie; il est consigné. La mammographie doit être effectuée par un médecin spécialisé en radiologie médicale. Les appareils utilisés doivent être conformes aux lignes directrices de l'Union européenne de 1996 (European Guidelines for quality assurance in mammography screening, 2nd edition).
e. Test de contracture musculaire in vitro concernant la détection d'une prédisposition pour l'hyperthermie maligne	Chez les personnes ayant présenté lors d'une anesthésie un épisode laissant soupçonner une hyperthermie maligne et chez la parenté consanguine au premier degré des personnes pour lesquelles une hyperthermie maligne sous anesthésie est connue et une prédisposition pour l'hyperthermie maligne est documentée. Dans un centre reconnu par le European Malignant Hyperthermia Group.

⁷⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 14 juin 2010, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2010 (RO 2010 2755).

Mesure	Conditions
f. Conseil génétique, pose d'indication pour des analyses génétiques et prescription des analyses de laboratoire associées conformément à la liste des analyses (LA) en cas de suspicion de prédisposition à un cancer héréditaire	<p>Chez les patients et leurs parents au premier degré présentant:</p> <ul style="list-style-type: none"> – un syndrome héréditaire de cancer du sein ou de l'ovaire; – une polypose colique ou une forme atténuée de polypose colique; – un syndrome héréditaire de cancer colorectal sans polypose (syndrome HNPCC, hereditary non polyptic colon cancer); – un rétinoblastome. <p>Par des médecins spécialisés en génétique médicale ou par des membres du «Network for Cancer Predisposition Testing and Counseling» de l'Institut suisse de recherche appliquée sur le cancer (SIAC) pouvant prouver leur collaboration technique avec un médecin spécialisé en génétique médicale.</p>

Art. 12e⁷⁵ Mesures de dépistage précoce de maladies dans toute la population
L'assurance prend en charge les coûts des mesures suivantes en vue du dépistage précoce de maladies dans toute la population aux conditions ci-après:

Mesure	Conditions
a. ⁷⁶ Dépistage de: phénylcétonurie, galactosémie, déficit en biotinidase, syndrome adrénogénital, hypothyroïdie congénitale, déficit en acyl-CoA medium-chain-déhydrogénase (MCAD)	<p>Pour les nouveau-nés.</p> <p>Analyses de laboratoire selon la liste des analyses (LA).</p>

⁷⁵ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 21 nov. 2007, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO 2007 6839).

⁷⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821).

Mesure	Conditions
b. Examen gynécologique, y compris les prélèvements de dépistage cyto- logiques cervico-vaginaux	Les deux premières années: un examen par année, y compris les prélèvements de dépistage cytologiques. Par la suite, lorsque les résultats sont normaux, un examen tous les trois ans; sinon fréquence des examens selon l'évaluation clinique.
c. ⁷⁷ Mammographie de dépistage	Dès 50 ans, tous les deux ans dans le cadre d'un programme organisé de dépistage du cancer du sein qui remplit les conditions fixées par l'ordonnance du 23 juin 1999 sur la garantie de la qualité des programmes de dépistage du cancer du sein par mammographie ⁷⁸ . Aucune franchise n'est prélevée sur cette prestation.

Chapitre 4 Prestations spécifiques en cas de maternité

Art. 13 Examens de contrôle

L'assurance prend en charge, en cas de maternité, les examens de contrôle suivants (art. 29, al. 2, let. a, LAMal⁷⁹):

Mesure	Conditions
a. contrôles	
1. ⁸⁰ lors d'une grossesse normale sept examens	<ul style="list-style-type: none"> – <i>première consultation</i>: anamnèse, examen gynécologique et clinique généraux et conseils, examen des veines et recherche d'œdèmes des jambes; prescription des analyses de laboratoire nécessaires conformément à la liste des analyses (LA); – <i>consultations ultérieures</i>: contrôle du poids, de la tension artérielle, de la hauteur de l'utérus, examen urinaire

⁷⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 27 oct. 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2010 (RO 2009 6083).

⁷⁸ RS 832.102.4

⁷⁹ RS 832.10

⁸⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 déc. 2008, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 6493).

Mesure	Conditions
	et auscultation des bruits cardiaques fœtaux; prescription des analyses de laboratoire nécessaires conformément à la liste des analyses (LA).
2. lors d'une grossesse à risque	renouvellement des examens selon l'évaluation clinique
b. ⁸¹ contrôles ultrasonographiques	
1. lors d'une grossesse normale: une échographie entre la 11 ^e et la 14 ^e semaine de grossesse; une échographie entre la 20 ^e et la 23 ^e semaine de grossesse	Après un entretien approfondi d'explication et de conseil qui doit être consigné. Selon les «Recommandations pour les examens échographiques en cours de grossesse», dans la version du 15 octobre 2002, de la Société suisse d'ultrasonographie en médecine (SSUM). Seulement par des médecins avec attestation de formation complémentaire en ultrasonographie prénatale (SSUM).
2. lors d'une grossesse à risque	renouvellement des examens selon l'évaluation clinique Seulement par des médecins avec attestation de formation continue (AFC) en ultrasonographie prénatale.
c. ⁸² examen pré-partum au moyen de la cardiotocographie	lors d'une grossesse à risque
d. ⁸³ amniocentèse, prélèvement des villosités chorales	après un entretien approfondi qui doit être consigné pour: – les femmes âgées de plus de 35 ans – les femmes âgées de moins de 35 ans présentant un risque de 1:380 ou plus que l'enfant soit atteint d'une maladie due à des facteurs exclusivement génétiques. Analyses de laboratoire selon la liste des analyses (LA).

⁸¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 juin 2008, en vigueur depuis le 1^{er} août 2008 (RO 2008 3553).

⁸² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 juin 2008, en vigueur depuis le 1^{er} août 2008 (RO 2008 3553).

⁸³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 déc. 2008, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 6493).

Mesure	Conditions
e. contrôle post-partum un examen	entre la sixième et la dixième semaine post-partum: anamnèse intermédiaire, statut gynécologique et clinique y compris l'octroi de conseils.

Art. 14 Préparation à l'accouchement

L'assurance prend en charge une contribution de 100 francs pour un cours collectif de préparation à l'accouchement dispensé par une sage-femme.

Art. 15 Conseils en cas d'allaitement

¹ Les conseils en cas d'allaitement (art. 29, al. 2, let. c, LAMa⁸⁴) sont à la charge de l'assurance lorsqu'ils sont prodigués par une sage-femme ou par une infirmière ayant suivi une formation spéciale dans ce domaine.

² Le remboursement est limité à trois séances.

Art. 16⁸⁵ Prestations des sages-femmes

¹ Les sages-femmes peuvent effectuer à la charge de l'assurance les prestations suivantes:

- a. les prestations définies à l'art. 13, let. a:
 1. lors d'une grossesse normale, la sage-femme peut effectuer six examens de contrôle; elle est tenue de signaler à l'assurée qu'une consultation médicale est indiquée avant la 16^e semaine de grossesse,
 2. lors d'une grossesse à risque, sans manifestation pathologique, la sage-femme collabore avec le médecin; lors d'une grossesse pathologique, la sage-femme effectue ses prestations selon la prescription médicale.
- b. la prescription, lors d'un examen de contrôle, d'un contrôle ultrasonique mentionné à l'art. 13, let. b.
- c. les prestations définies à l'art. 13, let. c et e, ainsi qu'aux art. 14 et 15.

² Les sages-femmes peuvent prescrire les analyses de laboratoire nécessaires, pour les prestations mentionnées à l'art. 13, let. a et e, conformément à une désignation distincte dans la liste des analyses (LA).

³ Elles peuvent aussi fournir les prestations citées à l'art. 7, al. 2, à la charge de l'assurance. Ces prestations doivent être fournies après un accouchement à domicile, après un accouchement ambulatoire ou après la sortie anticipée d'un hôpital ou d'une maison de naissance.

⁸⁴ RS **832.10**

⁸⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 déc. 2008, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO **2008** 6493).

Chapitre 5 Soins dentaires

Art. 17 Maladies du système de la mastication

A condition que l'affection puisse être qualifiée de maladie et le traitement n'étant pris en charge par l'assurance que dans la mesure où le traitement de l'affection l'exige, l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les maladies graves et non évitables suivantes du système de la mastication (art. 31, al. 1, let. a, LAMal⁸⁶):

- a. maladies dentaires:
 1. granulome dentaire interne idiopathique,
 2. dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires, pouvant être qualifiées de maladie (par exemple: abcès, kyste);
- b. maladies de l'appareil de soutien de la dent (parodontopathies):
 1. parodontite pré pubertaire,
 2. parodontite juvénile progressive,
 3. effets secondaires irréversibles de médicaments;
- c. maladies de l'os maxillaire et des tissus mous:
 1. tumeurs bénignes des maxillaires et muqueuses et modifications pseudotumorales,
 2. tumeurs malignes de la face, des maxillaires et du cou,
 3. ostéopathies des maxillaires,
 4. kystes (sans rapport avec un élément dentaire),
 5. ostéomyélite des maxillaires;
- d. maladies de l'articulation temporo-mandibulaire et de l'appareil de locomotion:
 1. arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire,
 2. ankylose,
 3. luxation du condyle et du disque articulaire;
- e. maladies du sinus maxillaire:
 1. dent ou fragment dentaire logés dans le sinus,
 2. fistule bucco-sinusale;
- f. dysgnathies qui provoquent des affections pouvant être qualifiées de maladie, tels que:
 1. syndrome de l'apnée du sommeil,
 2. troubles graves de la déglutition,
 3. asymétries graves cranio-faciales.

Art. 18 Autres maladies⁸⁷

¹ L'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les autres maladies graves suivantes ou leurs séquelles et nécessaires à leur traitement (art. 31, al. 1, let. b, LAMal⁸⁸):

- a.⁸⁹ maladies du système hématopoïétique:
 - 1. neutropénie, agranulocytose,
 - 2. anémie aplastique sévère,
 - 3. leucémies,
 - 4. syndromes myélodysplastiques (SDM),
 - 5. diathèses hémorragiques;
- b. maladies du métabolisme:
 - 1. acromégalie,
 - 2. hyperparathyroïdisme,
 - 3. hypoparathyroïdisme idiopathique,
 - 4. hypophosphatasie (rachitisme génétique dû à une résistance à la vitamine D);
- c. autres maladies:
 - 1. polyarthrite chronique avec atteinte des maxillaires,
 - 2. maladie de Bechterew avec atteinte des maxillaires,
 - 3. arthropathies psoriasiques avec atteinte des maxillaires,
 - 4. maladie de Papillon-Lefèvre,
 - 5. sclérodermie,
 - 6. SIDA,
 - 7. maladies psychiques graves avec une atteinte consécutive grave de la fonction de mastication;
- d. maladies des glandes salivaires;
- e. ...⁹⁰

² Les prestations mentionnées à l'al. 1 ne sont prises en charge que si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.⁹¹

⁸⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO **1998** 2923).

⁸⁸ RS **832.10**

⁸⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO **1998** 2923).

⁹⁰ Abrogée par le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998 (RO **1998** 2923).

⁹¹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO **2002** 3013, **2005** 5021).

Art. 19⁹² Autres maladies; traitement des foyers infectieux

L'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires pour réaliser et garantir les traitements médicaux (art. 31, al. 1, let. c, LAMal⁹³):

- a. lors du remplacement des valves cardiaques, de l'implantation de prothèses de revascularisation ou de shunt crânien;
- b. lors d'interventions qui nécessiteront un traitement immuno-suppresseur de longue durée;
- c. lors d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie d'une pathologie maligne;
- d. lors d'endocardite.

Art. 19a⁹⁴ Infirmités congénitales

¹ L'assurance prend en charge les coûts des traitements dentaires occasionnés par les infirmités congénitales, au sens de l'al. 2, lorsque:⁹⁵

- a. les traitements sont nécessaires après la 20^e année;
- b. les traitements sont nécessaires avant la 20^e année pour un assuré soumis à la LAMal⁹⁶ mais qui n'est pas assuré par l'assurance-invalidité fédérale.

² Les infirmités congénitales, au sens de l'al. 1, sont:

1. dysplasies ectodermiques;
2. maladies bulleuses congénitales de la peau (épidermolyse bulleuse héréditaire, acrodermatite entéropathique et pemphigus chronique bénin familial);
3. chondrodystrophie (p. ex.: achondroplasie, hypochondroplasie, dysplasie épiphysaire multiple);
4. dysostoses congénitales;
5. exostoses cartilagineuses, lorsqu'une opération est nécessaire;
6. hémihypertrophies et autres asymétries corporelles congénitales, lorsqu'une opération est nécessaire;
7. lacunes congénitales du crâne;
8. craniosynostoses;
9. malformations vertébrales congénitales (vertèbres très fortement cunéiformes, vertèbres soudées en bloc type Klippel-Feil, vertèbres aplasiques et vertèbres très fortement dysplasiques);
10. arthromyodysplasie congénitale (arthrogrypose);

⁹² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO 1998 2923).

⁹³ RS 832.10

⁹⁴ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996 (RO 1997 564).

⁹⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 4 juillet 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2697).

⁹⁶ RS 832.10

11. dystrophie musculaire progressive et autres myopathies congénitales;
12. Myosite ossifiante progressive congénitale;
13. cheilo-gnatho-palatoschisis (fissure labiale, maxillaire, division palatine);
14. fissures faciales, médianes, obliques et transverses;
15. fistules congénitales du nez et des lèvres;
- 16.⁹⁷ proboscis lateralis;
- 17.⁹⁸ dysplasies dentaires congénitales, lorsqu'au moins douze dents de la seconde dentition après éruption sont très fortement atteintes et lorsqu'il est prévisible de les traiter définitivement par la pose de couronnes;
18. anodontie congénitale totale ou anodontie congénitale partielle par absence d'au moins deux dents permanentes juxtaposées ou de quatre dents permanentes par mâchoire à l'exclusion des dents de sagesse;
19. hyperodontie congénitale, lorsque la ou les dents surnuméraires provoquent une déviation intramaxillaire ou intramandibulaire qui nécessite un traitement au moyen d'appareils;
20. micromandibulie congénitale inférieure, lorsqu'elle entraîne, au cours de la première année de la vie, des troubles de la déglutition et de la respiration nécessitant un traitement ou lorsque:
 - l'appréciation céphalométrique montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB de 9 degrés et plus (ou par un angle ANB d'au moins 7 degrés combiné à un angle maxillo-basal d'au moins 37 degrés);
 - les dents permanentes, à l'exclusion des dents de sagesse, présentent une non-occlusion d'au moins trois paires de dents antagonistes dans les segments latéraux par moitié de mâchoire;
21. mordex apertus congénital, lorsqu'il entraîne une béance verticale après éruption des incisives permanentes et que l'appréciation céphalométrique montre un angle maxillo-basal de 40 degrés et plus (ou de 37 degrés au moins combiné à un angle ANB de 7 degrés et plus);
mordex clausus congénital, lorsqu'il entraîne une supraclusion après éruption des incisives permanentes et que l'appréciation céphalométrique montre un angle maxillo-basal de 12 degrés au plus (ou de 15 degrés au plus combiné à un angle ANB de 7 degrés et plus);
22. prognathie inférieure congénitale, lorsque:
 - l'appréciation céphalométrique montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB d'au moins -1 degré et qu'au moins deux paires antagonistes de la seconde dentition se trouvent en position d'occlusion croisée ou en bout à bout,

⁹⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1998 2923).

⁹⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1998 2923).

- il existe une divergence de +1 degré combinée à un angle maxillo-basal de 37 degrés et plus, ou de 15 degrés au plus;
- 23. épulis du nouveau-né;
- 24. atrésie des choanes;
- 25. glossoschisis;
- 26. macroglossie et microglossie congénitales, lorsqu'une opération de la langue est nécessaire;
- 27. kystes congénitaux et tumeurs congénitales de la langue;
- 28.⁹⁹ affections congénitales des glandes salivaires et de leurs canaux excréteurs (fistules, sténoses, kystes, tumeurs, ectasies et hypo- ou aplasies de toutes les glandes salivaires importantes);
- 28a.¹⁰⁰ rétention ou ankylose congénitale des dents lorsque plusieurs molaires ou au moins deux prémolaires ou molaires de la seconde dentition placées l'une à côté de l'autre (à l'exclusion des dents de sagesse) sont touchées, l'absence de dents (à l'exclusion des dents de sagesse) est traitée de la même manière que la rétention ou l'ankylose;
- 29. kystes congénitaux du cou, fistules et fentes cervicales congénitales et tumeurs congénitales (cartilage de Reichert);
- 30. hémangiome caverneux ou tubéreux;
- 31. lymphangiome congénital, lorsqu'une opération est nécessaire;
- 32. coagulopathies et thrombocytopathies congénitales;
- 33. histiocytoses (granulome éosinophilique, maladies de Hand – Schüller – Christian et de Letterer – Siwe);
- 34. malformations du système nerveux et de ses enveloppes (encéphalocèle, kyste arachnoïdien, myéломéningocèle, hydromyélie, méningocèle, mégalencéphalie, porencéphalie et diastématomyélie);
- 35. affections hérédo-dégénératives du système nerveux (p. ex.: ataxie de Friedreich, leucodystrophies et affections progressives de la substance grise, atrophies musculaires d'origine spinale ou neurale, dysautonomie familiale, analgésie congénitale);
- 36. épilepsies congénitales;
- 37. paralysies cérébrales congénitales (spastiques, athétosiques et ataxiques);
- 38. paralysies et parésies congénitales;
- 39. ptose congénitale de la paupière;
- 40. aplasie des voies lacrymales;

⁹⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 2001, en vigueur depuis 1^{er} janv. 2001 (RO 2001 2150).

¹⁰⁰ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998 (RO 1998 2923). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 2001, en vigueur depuis 1^{er} janv. 2001 (RO 2001 2150).

41. anophthalmie;
42. tumeurs congénitales de la cavité orbitaire;
43. atrésie congénitale de l'oreille, y compris l'otite et la microtie;
44. malformations congénitales du squelette du pavillon de l'oreille;
45. troubles congénitaux du métabolisme des mucopolysaccharides et des glycoprotéines (p. ex.: maladie Pfaundler-Hurler, maladie de Morquio);
46. troubles congénitaux du métabolisme des os (p. ex.: hypophosphatasie, dysplasie diaphysaire progressive de Camurati-Engelmann, ostéodystrophie de Jaffé-Lichtenstein, rachitisme résistant au traitement par la vitamine D);
47. troubles congénitaux de la fonction de la glande thyroïde (athyroïde, hypothyroïde et crétinisme);
48. troubles congénitaux de la fonction hypothalamohypophysaire (nanisme hypophysaire, diabète insipide, syndrome de Prader-Willi et syndrome de Kallmann);
49. troubles congénitaux de la fonction des gonades (syndrome de Turner, malformations des ovaires, anorchie, syndrome de Klinefelter);
50. neurofibromatose;
51. angiomatose encéphalo-trigémimée (Sturge-Weber-Krabbe);
52. dystrophies congénitales du tissu conjonctif (p. ex.: syndrome de Marfan, syndrome d'Ehlers-Danlos, cutis laxa congenita, pseudoxanthome élastique);
53. tératomes et autres tumeurs des cellules germinales (p. ex.: dysgerminome, carcinome embryonnaire, tumeur mixte des cellules germinales, tumeur vitelline, choriocarcinome, gonadoblastome).

Chapitre 6 Moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques

Art. 20¹⁰¹ Principe

L'assurance octroie un remboursement pour les moyens et appareils thérapeutiques ou diagnostiques visant à surveiller le traitement d'une maladie et ses conséquences, remis sur prescription médicale par un centre de remise au sens de l'art. 55 OAMal et utilisés par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement.

¹⁰¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 28 juin 2007, en vigueur depuis le 1^{er} août 2007 (RO 2007 3581).

Art. 20a¹⁰² Liste des moyens et appareils

¹ Les moyens et appareils sont répertoriés à l'annexe 2 par nature et par groupe de produits.

² Les moyens et appareils qui sont implantés dans le corps ou qui sont utilisés par les fournisseurs de prestations pratiquant à la charge de l'assurance obligatoire des soins selon l'art. 35, al. 2, LAMal¹⁰³ ne figurent pas sur la liste. Le remboursement est fixé dans les conventions tarifaires avec celui de l'examen ou du traitement correspondant.

³ La liste des moyens et appareils n'est pas publiée dans le Recueil officiel du droit fédéral (RO) ni dans le Recueil systématique du droit fédéral (RS). Elle paraît en principe une fois par an.¹⁰⁴

Art. 21¹⁰⁵ Annonce

Les demandes qui ont pour objet l'admission de nouveaux moyens et appareils sur la liste ou le montant du remboursement doivent être adressées à l'OFSP. L'OFSP examine chaque demande et la présente à la Commission fédérale des analyses, moyens et appareils.

Art. 22 Conditions limitatives

L'admission sur la liste peut être assortie d'une condition limitative. Celle-ci peut notamment se rapporter à la quantité, à la durée d'utilisation, à l'indication médicale ou à l'âge de l'assuré.

Art. 23 Exigences

Peuvent être délivrés dans les catégories de moyens et appareils figurant sur la liste, les produits que la législation fédérale ou cantonale permet de mettre en circulation. Est applicable la législation du canton dans lequel est situé le centre de remise.

Art. 24 Remboursement

¹ Les moyens et appareils ne sont remboursés que jusqu'à concurrence du montant fixé d'un moyen ou d'un appareil de la même catégorie qui figure sur la liste.

² Lorsqu'un produit est facturé par un centre de remise pour un montant supérieur à celui qui figure sur la liste, la différence est à la charge de l'assuré.

¹⁰² Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 28 juin 2007, en vigueur depuis le 1^{er} août 2007 (RO 2007 3581).

¹⁰³ RS 832.10

¹⁰⁴ La liste des moyens et appareils peut être obtenue auprès de l'Office fédéral des constructions et de la logistique, Vente des publications fédérales, 3003 Berne, et peut être consultée soit à l'Office fédéral de la santé publique, Assurance-maladie et accident, 3003 Berne, soit à l'adresse internet:
<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/04184/index.html?lang=fr>

¹⁰⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 28 juin 2007, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO 2007 3581).

³ Le montant du remboursement peut être le prix de vente ou le prix de location. Les moyens et appareils coûteux qui peuvent être réutilisés par d'autres patients sont, en règle générale, loués.

⁴ L'assurance prend en charge uniquement les coûts des moyens et appareils, selon l'annexe 2, remis prêts à l'utilisation. Lorsqu'ils sont vendus, un remboursement des frais d'entretien et d'adaptation nécessaires peut être prévu sur la liste. Les frais d'entretien et d'adaptation sont compris dans le prix de location.

Chapitre 7

Contributions aux frais de cure balnéaire, de transport et de sauvetage

Art. 25 Participation aux frais de cure balnéaire

L'assurance verse une participation de 10 francs par jour de cure balnéaire prescrite par un médecin, au maximum pendant 21 jours par année civile.

Art. 26 Contribution aux frais de transport

¹ L'assurance prend en charge 50 % des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis, apte à traiter la maladie et qui fait partie des fournisseurs que l'assuré a le droit de choisir, lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé. Le montant maximum est de 500 francs par année civile.

² Le transport doit être effectué par un moyen qui corresponde aux exigences médicales du cas.

Art. 27 Contribution aux frais de sauvetage

L'assurance prend en charge 50 % des frais de sauvetage en Suisse. Le montant maximum est de 5000 francs par année civile.

Chapitre 8 Analyses et médicaments

Section 1 Liste des analyses

Art. 28¹⁰⁶

¹ La liste mentionnée à l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 1, LAMal¹⁰⁷, fait partie intégrante de la présente ordonnance, dont elle constitue l'annexe 3 intitulée «Liste des analyses» («LAna»).¹⁰⁸

¹⁰⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 1996, en vigueur depuis le 1^{er} oct. 1996 (RO 1996 2430).

¹⁰⁷ RS 832.10

¹⁰⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 juillet 2000 (RO 2000 2546).

² La liste des analyses n'est pas publiée dans le Recueil officiel des lois fédérales (RO) ni dans le Recueil systématique du droit fédéral (RS). Elle paraît en principe une fois par an^{109,110}

Section 2 Liste des médicaments avec tarif

Art. 29¹¹¹

¹ La liste prévue à l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 2, LAMal¹¹², fait partie intégrante de la présente ordonnance dont elle constitue l'annexe 4 portant le titre Liste des médicaments avec tarif (abrégé «LMT»).

² La liste des médicaments avec tarif n'est pas publiée dans le Recueil officiel des lois fédérales (RO) ni dans le Recueil systématique du droit fédéral (RS). Elle paraît en principe une fois par an et peut être commandée à l'Office fédéral des constructions et de la logistique (OFCL), Vente des publications fédérales, 3003 Berne^{113,114}

Section 3 Liste des spécialités

Art. 30 Principe

¹ Un médicament peut être admis sur la liste des spécialités:¹¹⁵

- a.¹¹⁶ lorsque la preuve de son efficacité, de sa valeur thérapeutique et de son caractère économique est établie;
- b.¹¹⁷ lorsqu'il est autorisé par l'Institut suisse des produits thérapeutiques, Swiss-medic.

² ...¹¹⁸

¹⁰⁹ La liste des analyses peut être obtenue auprès de l'Office fédéral des constructions et de la logistique, Vente des publications fédérales, 3003 Berne, et peut être consultée soit à l'Office fédéral de la santé publique, Assurance-maladie et accident, 3003 Berne, soit à l'adresse Internet:
<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/04185/index.html?lang=fr>

¹¹⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 30 nov. 2004, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2005 (RO **2004** 5401).

¹¹¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 fév. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} juin 1996 (RO **1996** 1232).

¹¹² RS **832.10**

¹¹³ La liste des médicaments avec tarif peut aussi être consultée soit à l'Office fédéral de la santé publique, Assurance-maladie et accident, 3003 Berne, soit à l'adresse Internet:
<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06492/06493/index.html?lang=fr>

¹¹⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO **2002** 3013).

¹¹⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO **2002** 3013).

¹¹⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO **2000** 3088).

¹¹⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO **2002** 3013).

¹¹⁸ Abrogé par le ch. II 2 de l'O du DFI du 26 oct. 2001 (RO **2001** 3397).

Art. 30a¹¹⁹ Demande d'admission

¹ Une demande d'admission dans la liste des spécialités doit notamment contenir:

- a. le préavis délivré par Swissmedic précisant l'autorisation qu'il entend donner ainsi que les indications et les dosages qui seront autorisés;
- b. la notice destinée aux professions médicales qui a été fournie à Swissmedic;
- bbis.¹²⁰ dans le cas des préparations originales qui sont protégées par un brevet les numéros des brevets et des certificats complémentaires de protection, avec la date d'expiration;
- c. si les notices approuvées dans les pays concernés, le médicament est déjà autorisé à l'étranger;
- d. le résumé de la documentation sur les études cliniques qui a été fournie à Swissmedic;
- e. les études cliniques les plus importantes;
- f. les prix de fabrique dans tous les pays de référence visés à l'art. 35, ainsi que le prix-cible pour la Communauté européenne;
- g. une déclaration du requérant attestant qu'il s'engage à rembourser à l'institution commune un éventuel excédent de recettes conformément à l'art. 67, al. 2^{ter}, OAMal.

² La version définitive de la notice destinée aux professions médicales, indiquant les éventuelles modifications et le prix-cible définitif pour la Communauté européenne, doit être fournie en même temps que la décision d'autorisation et l'attestation de l'autorisation.

Art. 31¹²¹ Procédure d'admission

¹ En règle générale, l'OFSP¹²² soumet les demandes concernant la liste des spécialités à la Commission fédérale des médicaments (Commission) de ses séances.

² La Commission classe chaque médicament dans l'une des catégories suivantes:

- a. percée médico-thérapeutique;
- b. progrès thérapeutique;
- c. économie par rapport à d'autres médicaments;
- d. aucun progrès thérapeutique ni économie;
- e. inadéquat pour l'assurance-maladie sociale.

³ Ne sont pas soumises à la Commission les demandes portant sur:

¹¹⁹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

¹²⁰ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006 (RO 2006 1757).

¹²¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

¹²² La désignation de l'unité administrative a été adaptée en application de l'art. 16 al. 3 de l'O du 17 nov. 2004 sur les publications officielles (RS 170.512.1). Il a été tenu compte de cette modification dans tout le présent texte.

- a. les nouvelles formes galéniques proposées au même prix qu'une forme galénique comparable figurant déjà sur la liste des spécialités;
- b. les médicaments ayant fait l'objet d'une demande d'un deuxième requérant auprès de Swissmedic au sens de l'art. 12 de la loi du 15 décembre 2000 sur les produits thérapeutiques¹²³, si la préparation originale figure déjà sur la liste des spécialités;
- c. les médicaments en co-marketing quand la préparation de base figure déjà sur la liste des spécialités.

⁴ Si Swissmedic a accepté une procédure rapide d'autorisation conformément à l'art. 5 de l'ordonnance du 17 octobre 2001 sur les médicaments¹²⁴, l'OFSP entreprend une procédure rapide d'admission. Dans la procédure rapide d'admission, une demande peut être déposée au plus tard 20 jours avant la séance de la Commission durant laquelle elle doit être traitée.

⁵ ...¹²⁵

Art. 31a¹²⁶

Art. 32¹²⁷ Efficacité

Pour juger de l'efficacité d'un médicament, l'OFSP s'appuie sur les documents qui ont fondé l'autorisation accordée par Swissmedic. Il peut exiger des documents supplémentaires.

Art. 33¹²⁸ Valeur thérapeutique

¹ La valeur thérapeutique d'un médicament quant à ses effets et à sa composition est examinée du point de vue clinico-pharmacologique et galénique; l'examen porte également sur les effets secondaires et le danger d'un usage abusif.

² Pour juger de la valeur thérapeutique d'un médicament, l'OFSP s'appuie sur les documents qui ont fondé l'autorisation accordée par Swissmedic. Il peut exiger des documents supplémentaires.¹²⁹

¹²³ RS 812.21

¹²⁴ RS 812.212.21

¹²⁵ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 1^{er} juillet 2009, avec effet au 1^{er} oct. 2009 (RO 2009 4251).

¹²⁶ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013). Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006 (RO 2006 1757).

¹²⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

¹²⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO 2000 3088).

¹²⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

Art. 34 Caractère économique

1 ...¹³⁰

2 Pour juger du caractère économique d'un médicament, l'OFSP prend en compte:

- a. son prix de fabrication à l'étranger;
- b. son efficacité thérapeutique par rapport à d'autres médicaments dont les indications sont identiques ou les effets similaires;
- c. son coût par jour ou par traitement par rapport à ceux de médicaments dont les indications sont identiques ou les effets similaires;
- d. une prime à l'innovation pour une période de quinze ans au maximum lorsqu'il s'agit d'un médicament d'une catégorie visée à l'art. 31, al. 2, let. a et b; les frais de recherche et de développement sont pris en considération dans cette prime de manière équitale.¹³¹

3 ...¹³²

Art. 35¹³³ Comparaison avec le prix à l'étranger

¹ En règle générale, le prix de fabrication d'un médicament ne dépasse pas, après déduction de la taxe sur la valeur ajoutée, la moyenne des prix de fabrication pratiqués dans des pays dont le secteur pharmaceutique a des structures économiques comparables. L'OFSP prend pour référence des pays dans lesquels le prix de fabrication est défini avec précision par des dispositions émises par les autorités compétentes ou par des associations.

2 La comparaison est établie avec l'Allemagne, le Danemark, la Grande-Bretagne, les Pays-Bas, la France et l'Autriche. Elle peut être établie avec d'autres pays.¹³⁴

³ Le prix de fabrication dans les pays mentionnés est communiqué à l'OFSP par l'entreprise qui distribue le médicament. Celle-ci le calcule en se basant sur les règlements formulés par les autorités compétentes ou par les associations, et le fait attester par une autorité compétente ou par une association. Elle le convertit en francs suisses au cours de change moyen calculé par l'OFSP sur six mois.

Art. 35a¹³⁵ Part relative à la distribution

1 La prime relative au prix pour les médicaments qui ne sont remis que sur prescription s'élève à:

¹³⁰ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 1^{er} juillet 2009, avec effet au 1^{er} oct. 2009 (RO 2009 4251).

¹³¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

¹³² Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006 (RO 2006 1757). Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 1^{er} juillet 2009, avec effet au 1^{er} oct. 2009 (RO 2009 4251).

¹³³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

¹³⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1^{er} juillet 2009, en vigueur depuis le 1^{er} oct. 2009 (RO 2009 4251).

¹³⁵ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000 (RO 2000 3088). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1^{er} juillet 2009, en vigueur depuis le 1^{er} oct. 2009 (RO 2009 4251).

- a. 12 % pour un prix de fabrique jusqu'à 879 fr. 99;
- b. 7 % pour un prix de fabrique compris entre 880 francs et 2569 fr. 99;
- c. 0 % pour un prix de fabrique supérieur ou égal à 2570 francs.

² La prime par emballage pour les médicaments qui ne sont remis que sur prescription s'élève à:

- a. 4 francs pour un prix de fabrique jusqu'à 4 fr. 99;
- b. 8 francs pour un prix de fabrique compris entre 5 francs et 10 fr. 99;
- c. 12 francs pour un prix de fabrique compris entre 11 francs et 14 fr. 99;
- d. 16 francs pour un prix de fabrique compris entre 15 francs et 879 fr. 99;
- e. 60 francs pour un prix de fabrique compris entre 880 francs et 2569 fr. 99;
- f. 240 francs pour un prix de fabrique supérieur ou égal à 2570 francs.

³ La prime relative au prix pour les médicaments qui sont remis sans prescription s'élève à 80 % du prix de fabrique.

⁴ La part relative à la distribution est fixée pour tous les fournisseurs de prestations d'une manière uniforme. L'OFSP peut en outre tenir compte de situations de distribution particulières.

Art. 35b¹³⁶ Réexamen des conditions d'admission tous les trois ans

¹ L'OFSP procède une fois par année civile au réexamen des prix de fabrique des préparations originales prévu à l'art. 65d, al. 1, OAMal. Il examine dans ce cadre à chaque fois le prix de fabrique des préparations originales admises dans la liste des spécialités à trois ans d'intervalle, par ordre chronologique décroissant jusqu'en 1955.

² Cette règle ne s'applique pas aux préparations originales qui, en raison d'une extension de l'indication selon l'art. 66 OAMal ou d'une modification de la limitation selon l'art. 66a OAMal, ont été réexaminées en dehors du tournus défini à l'al. 1. L'OFSP procède au réexamen de ces préparations originales trois ans après celui effectué lors de l'extension de l'indication ou de la modification de la limitation.

³ La date d'admission de la première forme commercialisée d'une substance active contenue dans la préparation originale est déterminante pour le réexamen.

⁴ Le titulaire de l'autorisation remet à l'OFSP, au plus tard le 31 mai de l'année du réexamen, les documents suivants:

- a. les prix de fabrique pratiqués dans tous les pays de référence visés à l'art. 35, al. 2, valables au 1^{er} avril de l'année du réexamen et certifiés par une personne habilitée dans la filiale compétente à l'étranger du titulaire de l'autorisation;

¹³⁶ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 30 juin 2010, en vigueur depuis le 1^{er} août 2010 (RO 2010 3249). Voir aussi les disp. trans. de cette mod. à la fin du présent texte.

- b. lors du premier réexamen, le nombre d'emballages de la préparation originale vendus en Suisse depuis l'admission dans la liste des spécialités, précisé séparément pour chaque forme commercialisée;
- c. les données actualisées avec indication des informations relatives au médicament qui ont été modifiées depuis le dernier réexamen.

⁵ Pour calculer les prix visés à l'al. 3, let. a, l'entreprise qui distribue la préparation originale à réexaminer communique à l'OFSP, pour toutes les formes commercialisées de la même substance active, quel est l'emballage qui a généré le plus gros chiffre d'affaires en Suisse au cours des douze derniers mois. L'OFSP peut exiger les chiffres en question. Les prix de fabrique étrangers seront convertis en francs suisses au taux de change moyen calculé par l'OFSP sur douze mois.

⁶ Si la comparaison entre le prix de fabrique de l'emballage qui a généré le plus gros chiffre d'affaires en Suisse et le prix de fabrique moyen des pays de référence montre qu'une baisse de prix doit être appliquée, le pourcentage de baisse calculé est appliqué au prix de fabrique de toutes les formes commercialisées de la même substance active.

⁷ L'OFSP abaisse le prix de fabrique d'une préparation originale, avec effet au 1^{er} novembre de l'année du réexamen, au niveau du prix de fabrique moyen des pays de référence. L'entreprise peut, jusqu'au 31 mai de l'année du réexamen, déposer une demande auprès de l'OFSP visant à abaisser le prix de fabrique à un niveau excédant de 3 % au maximum le prix de fabrique moyen des pays de référence.

⁸ Si le prix de fabrique en Suisse est inférieur au prix de fabrique moyen des pays de référence, cela ne justifie pas une hausse de prix.

⁹ Pour l'évaluation du caractère économique, l'art. 34, al. 2, let. b et c, s'applique dans les cas fondés.

¹⁰ Dans le cadre du réexamen selon l'al. 1, les génériques sont réputés économiques si leur prix de fabrique est inférieur d'au moins 20 % aux prix de fabrique moyens des préparations originales correspondantes en vigueur à l'étranger le 1^{er} avril de l'année du réexamen.

Art. 35c¹³⁷ Remboursement de l'excédent de recettes

¹ Lors du premier réexamen des conditions d'admission selon l'art. 35b, l'OFSP examine si un excédent de recettes au sens de l'art. 67, al. 2^{ter}, OAMal a été réalisé.

² Toutes les formes commercialisées d'un médicament sont prises en compte dans le calcul des limites déterminantes pour un remboursement selon l'art. 67, al. 2^{ter}, OAMal.

³ L'excédent de recettes est établi comme suit:

- a. calcul de la différence entre le prix de fabrique lors de l'admission et le prix de fabrique après la baisse de prix;

¹³⁷ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 30 juin 2010, en vigueur depuis le 1^{er} août 2010 (RO 2010 3249). Voir aussi les disp. trans. de cette mod. à la fin du présent texte.

- b. puis, multiplication de cette différence de prix par le nombre d'emballages vendus entre le moment de l'admission et celui de la baisse de prix.

⁴ Les taux de change déterminants pour le calcul de l'excédent de recettes sont ceux qui avaient cours à la date de l'admission de la préparation.

⁵ Si l'OFSP a des doutes fondés sur l'exactitude des indications données par le titulaire de l'autorisation, il peut exiger de lui une confirmation de ces indications, pour le médicament concerné, par l'organe de révision externe de cette entreprise.

⁶ Si le titulaire de l'autorisation abaisse de son propre chef le prix de fabrique de sa préparation originale au niveau du prix moyen des pays de référence énumérés à l'art. 35, al. 2, avant le 1^{er} novembre de l'année du réexamen, il communique à l'OFSP ces prix moyens au moment de la demande de baisse volontaire de prix. Si, au cours des 18 premiers mois suivant l'admission d'une préparation originale dans la liste de spécialités, le titulaire de l'autorisation abaisse le prix de fabrique au niveau du prix moyen des six pays de référence, l'OFSP renonce à faire valoir l'obligation de rembourser l'excédent de recettes.

⁷ L'OFSP arrête le montant de l'excédent de recettes et décide du délai dans lequel cette somme doit être versée à l'institution commune définie à l'art. 18 LAMal¹³⁸.

Art. 36 Evaluation du caractère économique au cours des 15 premières années¹³⁹

¹ Les médicaments qui font l'objet d'une demande d'augmentation de prix sont soumis à un réexamen de l'OFSP destiné à vérifier que les conditions d'admission fixées aux art. 32 à 35a sont toujours remplies.¹⁴⁰

² Si ce réexamen révèle que le prix requis est trop élevé, l'OFSP rejette la demande.

³ La Commission peut demander à l'OFSP de supprimer complètement ou en partie la prime à l'innovation si les conditions qui en avaient déterminé l'octroi ne sont plus remplies.

Art. 37¹⁴¹ Réexamen des conditions d'admission à l'expiration du brevet

Pour le réexamen d'une préparation originale prévu à l'art. 65e OAMal, le titulaire de l'autorisation doit communiquer spontanément à l'OFSP, au plus tard six mois avant l'échéance de la protection du brevet, les prix pratiqués dans tous les pays de référence visés à l'art. 35, al. 2, et les chiffres d'affaire des quatre années précédant l'échéance du brevet, conformément à l'art. 65c, al. 2 à 4, OAMal. Les prix moyens des pays de référence sont publiés sur le site Internet de l'OFSP.

¹³⁸ RS 832.10

¹³⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006 (RO 2006 1757).

¹⁴⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006 (RO 2006 1757).

¹⁴¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 30 juin 2010, en vigueur depuis le 1^{er} août 2010 (RO 2010 3249).

Art. 37a¹⁴²**Art. 37b**¹⁴³ Extension des indications

Pour le réexamen, en raison d'une nouvelle indication, prévu à l'art. 66 OAMal, le titulaire de l'autorisation doit fournir à l'OFSP la décision d'admission correspondante et les documents visés à l'art. 30a, al. 1, let. a à f, et al. 2.

Art. 37c¹⁴⁴**Art. 37d**¹⁴⁵ Etendue et moment des réexamens

¹ Les réexamens visés aux art. 37 à 37c concernent l'ensemble des tailles d'emballage, des dosages et des formes galéniques de la préparation originale.

² La date d'inscription de la première taille d'emballage, du premier dosage ou de la première forme galénique d'une préparation originale dans la liste des spécialités détermine le moment du réexamen.

Art. 38 Emoluments

¹ Un émolument de 2000 francs par forme galénique est dû pour tout médicament faisant l'objet d'une première demande. Si la demande concerne un médicament ayant fait l'objet d'une procédure rapide d'autorisation et qu'elle doive aussi être traitée de manière rapide par l'OFSP, l'émolument s'élève à 2400 francs.¹⁴⁶

² Un émolument de 400 francs par forme galénique est dû pour toute demande d'augmentation de prix, d'extension de la limitation, de modification du dosage de la substance active ou de la taille de l'emballage, ainsi que pour toute demande de réexamen.¹⁴⁷

³ Un émolument, variant de 100 à 1600 francs en fonction des frais, est perçu pour toute autre décision de l'OFSP.

⁴ Les frais extraordinaires, notamment lorsqu'ils sont dus à des expertises complémentaires, peuvent être facturés en plus.

⁵ Un émolument de 20 francs doit être payé chaque année pour tout médicament et pour tout emballage figurant sur la liste des spécialités.

¹⁴² Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006 (RO 2006 1757). Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 21 nov. 2007, avec effet au 1^{er} janv. 2008 (RO 2007 6839).

¹⁴³ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006 (RO 2006 1757). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1^{er} juillet 2009, en vigueur depuis le 1^{er} oct. 2009 (RO 2009 4251).

¹⁴⁴ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006 (RO 2006 1757). Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 24 sept. 2007 (RO 2007 4443 4633).

¹⁴⁵ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006 (RO 2006 1757).

¹⁴⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

¹⁴⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO 2000 3088).

Section 4¹⁴⁸ Quote-part des médicaments

Art. 38^{a149}

¹ La quote-part s'élève à 20 % des coûts dépassant la franchise pour les médicaments dont le prix maximal dépasse de plus de 20 % la moyenne des prix maximaux du tiers le plus avantageux de tous les médicaments contenant la même substance active et figurant sur la liste des spécialités.

² Le calcul de la moyenne du tiers le plus avantageux est déterminé par le prix maximum de l'emballage qui réalise le chiffre d'affaires le plus élevé par dosage d'une forme commerciale de tous les médicaments contenant la même substance active et inscrits sur la liste des spécialités. Les emballages qui n'engendrent aucun chiffre d'affaires sur une période de trois mois consécutifs avant la détermination du tiers moyen le plus avantageux de ces médicaments ne sont pas pris en compte.

³ La détermination de la moyenne du tiers le plus avantageux a lieu le 1^{er} novembre ou lors de l'inscription du premier générique sur la liste des spécialités.

⁴ Si, pour une préparation originale ou un médicament en co-marketing, le titulaire de l'autorisation abaisse en une fois, après l'échéance du brevet, le prix de fabrique au niveau du prix du générique au sens de l'art. 65c, al. 2, OAMal, une quote-part de 10 % des coûts supérieurs à la franchise s'applique à ce médicament durant les 24 premiers mois à compter de la baisse du prix.

⁵ L'al. 1 n'est pas applicable lorsque le médecin ou le chiropraticien exige expressément, pour des raisons médicales, une préparation originale.

⁶ Le médecin ou le chiropraticien informe le patient lorsqu'au moins un générique interchangeable avec la préparation originale figure dans la liste des spécialités.

Titre 2 Conditions du droit de fournir des prestations

Chapitre 1¹⁵⁰ ...

Art. 39

¹⁴⁸ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 9 nov. 2005, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2006 (RO 2006 23).

¹⁴⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 fév. 2011, en vigueur depuis le 1^{er} mars 2011 (RO 2011 657). Voir les disp. trans. de cette mod. à la fin du présent texte.

¹⁵⁰ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

Chapitre 2 Ecoles de chiropratique

Art. 40¹⁵¹

Les écoles de chiropratique reconnues au sens de l'art. 44, al. 1, let. a, OAMal sont précisées à l'art. 1 de l'ordonnance du DFI du 20 août 2007 sur les filières d'études de chiropratique reconnues offertes par des hautes écoles universitaires étrangères¹⁵².

Chapitre 3¹⁵³ ...

Art. 41

Chapitre 4 Laboratoires

Art. 42 Formation et formation postgraduée

¹ Sont reconnues comme formation universitaire au sens de l'art. 54, al. 2 et 3, let. a, OAMal, des études universitaires complètes en médecine dentaire, médecine vétérinaire, chimie, biochimie, biologie ou microbiologie.

² Est reconnu comme formation supérieure au sens de l'art. 54, al. 2, OAMal, le diplôme de «laborantin médical avec une formation spécialisée supérieure» décerné par une institution de formation reconnue par la Croix-Rouge suisse ou un diplôme jugé équivalent par celle-ci.

³ Est réputée formation postgraduée au sens de l'art. 54, al. 3, let. b, OAMal, reconnue par l'Association suisse des chefs de laboratoire d'analyses médicales (FAMH) la formation postgraduée en hématologie, chimie clinique, immunologie clinique ou microbiologie médicale. Le Département fédéral de l'intérieur détermine l'équivalence d'une formation postgraduée qui ne correspond pas à la réglementation de la FAMH.

⁴ ...¹⁵⁴

¹⁵¹ Nouvelle teneur selon l'art. 2 de l'O du DFI du 20 août 2007 sur les filières d'études de chiropratique reconnues offertes par des hautes écoles universitaires étrangères (RO 2007 4085).

¹⁵² RS 811.115.4

¹⁵³ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 29 juin 1999 (RO 1999 2517).

¹⁵⁴ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 4 avril 2007 (RO 2007 1367).

Art. 43¹⁵⁵ Exigences supplémentaires en matière de génétique médicale

¹ Les analyses répertoriées au chapitre Génétique de la liste des analyses ne peuvent être effectuées que dans des laboratoires:

- a. dont le chef peut justifier d'une formation reconnue conforme aux conditions fixées à l'art. 42, al. 1, et d'une formation postgraduée en génétique médicale (génétique humaine axée sur la santé et la maladie) reconnue par la FAMH ou jugée équivalente par le Département fédéral de l'intérieur, conformément aux conditions fixées à l'art. 42, al. 3;
- b. disposant, pour lesdites analyses, d'une autorisation de l'OFSP pour effectuer des analyses génétiques humaines.¹⁵⁶

² Certaines analyses figurant dans le chapitre Génétique de la liste des analyses peuvent aussi être effectuées dans des laboratoires dont le chef peut justifier d'une formation postgraduée reconnue par la FAMH ou considérée comme équivalente par le Département fédéral de l'intérieur, et comprenant la génétique médicale. Les exigences relatives à la formation postgraduée sont définies dans la liste des analyses pour chaque analyse (suffixe).¹⁵⁷

Titre 3 Dispositions finales**Art. 44** Abrogation du droit en vigueur

Sont abrogées:

- a. l'ordonnance 2 du DFI du 16 février 1965¹⁵⁸ sur l'assurance-maladie fixant les contributions des assureurs aux frais de diagnostic et de traitement de la tuberculose;
- b. l'ordonnance 3 du DFI du 5 mai 1965¹⁵⁹ sur l'assurance-maladie concernant l'exercice du droit aux subsides fédéraux pour soins médicaux et pharmaceutiques des invalides;
- c. l'ordonnance 4 du DFI du 30 juillet 1965¹⁶⁰ sur l'assurance-maladie concernant la reconnaissance et la surveillance des préventoriums admis à recevoir des assurés mineurs;
- d. l'ordonnance 6 du DFI du 10 décembre 1965¹⁶¹ sur l'assurance-maladie concernant les instituts de chiropratique reconnus;

¹⁵⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 17 nov. 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2004 (RO 2003 5283). Voir aussi les disp. fin. de cette modification, à la fin du présent texte.

¹⁵⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 4 avril 2007 (RO 2007 1367).

¹⁵⁷ Voir aussi les disp. fin. mod. 4.4.2007, à la fin du présent texte.

¹⁵⁸ [RO 1965 131, 1970 949, 1971 1719, 1986 1487 ch. II]

¹⁵⁹ [RO 1965 429, 1968 1052, 1974 688, 1986 891]

¹⁶⁰ [RO 1965 619, 1986 1487 ch. II]

¹⁶¹ [RO 1965 1211, 1986 1487 ch. II, 1988 973]

- e. l'ordonnance 7 du DFI du 13 décembre 1965¹⁶² sur l'assurance-maladie concernant les traitements scientifiquement reconnus devant être pris en charge par les caisses-maladie reconnues;
- f. l'ordonnance 8 du DFI du 20 décembre 1985¹⁶³ sur l'assurance-maladie concernant les traitements psychothérapeutiques à la charge des caisses-maladie reconnues;
- g. l'ordonnance 9 du DFI du 18 décembre 1990¹⁶⁴ sur l'assurance-maladie concernant certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques à la charge des caisses-maladie reconnues;
- h. l'ordonnance 10 du DFI du 19 novembre 1968¹⁶⁵ sur l'assurance-maladie concernant l'admission des médicaments sur la liste des spécialités;
- i. l'ordonnance du DFI du 28 décembre 1989¹⁶⁶ sur les médicaments obligatoirement pris en charge par les caisses-maladie reconnues;
- k. l'ordonnance du DFI du 23 décembre 1988¹⁶⁷ sur les analyses obligatoirement prises en charge par les caisses-maladie reconnues.

Art. 45¹⁶⁸**Art. 46** Entrée en vigueur¹⁶⁹

¹ La présente ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 1996.

² ...¹⁷⁰

³ ...¹⁷¹

¹⁶² [RO 1965 1213, 1968 838, 1971 1258, 1986 1487 ch. II, 1988 2012, 1993 349, 1995 890]

¹⁶³ [RO 1986 87]

¹⁶⁴ [RO 1991 519, 1995 891]

¹⁶⁵ [RO 1968 1543, 1986 1487]

¹⁶⁶ [RO 1990 127, 1991 959, 1994 765]

¹⁶⁷ [RO 1989 374, 1995 750 3688]

¹⁶⁸ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000 (RO 2000 3088).

¹⁶⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 fév. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} juin 1996 (RO 1996 1232).

¹⁷⁰ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 15 janv. 1996 (RO 1996 909).

¹⁷¹ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 26 fév. 1996 (RO 1996 1232).

Disposition finale de la modification du 17 novembre 2003¹⁷²

Les laboratoires dont le chef a achevé une formation postgraduée reconnue par la FAMH, mais ne comprenant pas la génétique médicale, et qui, avant l'entrée en vigueur de la présente modification d'ordonnance, effectuaient déjà des analyses visées à l'art. 43, al. 2, peuvent continuer à pratiquer ces analyses à condition que la FAMH ait décerné au chef de laboratoire une attestation confirmant son expérience en génétique médicale, conformément au point 8.4 des dispositions transitoires du règlement et du programme de formation postgraduée pour spécialiste FAMH en analyses de laboratoire médical dans sa version du 1^{er} mars 2001 (complément «diagnostic ADN/ARN»)¹⁷³.

Dispositions finales de la modification du 3 juillet 2006¹⁷⁴

¹ Du 1^{er} juillet 2006 au 30 septembre 2006, la prise en charge de la tomographie par émissions de positron (TEP) est régie par l'annexe 1, ch. 9.2 dans sa teneur du 9 novembre 2005^{175, 176}

² Les art. 2 et 3 dans leur teneur du 29 septembre 1995¹⁷⁷ s'appliquent aux traitements psychothérapeutiques commencés avant l'entrée en vigueur de la présente modification¹⁷⁸.

Dispositions finales de la modification du 4 avril 2007¹⁷⁹

¹ Les chefs de laboratoire qui ne répondent pas aux exigences de l'art. 42, al. 3, et qui ont été autorisés en vertu du droit antérieur à effectuer certaines analyses spéciales restent autorisés à le faire après l'entrée en vigueur de la modification du 4 avril 2007¹⁸⁰.

² Les demandes d'autorisation pendantes au moment de l'entrée en vigueur de la modification du 4 avril 2007 sont examinées conformément au droit antérieur.

¹⁷² RO 2003 5283

¹⁷³ Non publié au RO. Ce règlement peut être consulté à l'Office fédéral des assurances sociales, Effingerstrasse 20, 3003 Berne.

¹⁷⁴ RO 2006 2957

¹⁷⁵ RO 2006 23

¹⁷⁶ En vigueur depuis le 1^{er} juillet 2006.

¹⁷⁷ RO 1995 4964

¹⁷⁸ Cette modification entre en vigueur le 1^{er} janv. 2007.

¹⁷⁹ RO 2007 1367

¹⁸⁰ Cette modification entre en vigueur le 1^{er} avril 2007.

Dispositions transitoires de la modification du 19 septembre 2007¹⁸¹

¹ L'OFSP réexamine les prix de fabrique des préparations originales inscrites dans la liste des spécialités entre le 1^{er} janvier 1993 et le 31 décembre 2002 et ceux des génériques interchangeables.

² L'entreprise qui distribue une préparation originale soumise à réexamen détermine les prix de fabrique pratiqués en Allemagne, au Danemark, en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas pour l'emballage le plus vendu en Suisse, en se basant sur les réglementations émanant des autorités ou des associations compétentes. Elle fait attester ces prix de fabrique par une personne habilitée dans la filiale du pays concerné. L'entreprise qui distribue un générique n'est pas tenu de faire parvenir de comparaison de prix à l'OFSP.

³ L'entreprise qui distribue une préparation originale communique à l'OFSP, d'ici au 30 novembre 2007, les prix de fabrique valables au 1^{er} octobre 2007. L'OFSP détermine le prix de fabrique moyen sur la base des prix pratiqués en Allemagne, au Danemark, en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas, calcule le cours de change moyen d'avril à septembre 2007, puis convertit le prix de fabrique en francs suisses.

⁴ L'OFSP abaisse le prix de fabrique d'une préparation originale, avec effet au 1^{er} mars 2008, au niveau du prix calculé à l'al. 3 si:

- a. le prix de fabrique d'une préparation originale dépasse, au 1^{er} octobre 2007 (prix initial), de plus de 8 % le prix calculé à l'al. 3;
- b. l'entreprise n'a déposé aucune demande au 30 novembre 2007 pour l'abaisser, avec effet au 1^{er} mars 2008, à un prix ne dépassant pas de 8 % au plus le prix calculé à l'al. 3.

⁵ La baisse de prix mentionnée à l'al. 4 peut être échelonnée. Si la baisse de prix au sens de l'al. 4 excède 30 % du prix initial, le prix valable au 1^{er} mars 2008 sera fixé à 70 % du prix initial, puis abaissé au niveau du prix moyen calculé à l'al. 3 à compter du 1^{er} janvier 2009. Si la baisse de prix selon la demande au sens de l'al. 4, let. b, excède 20 % du prix initial, l'entreprise peut demander de fixer le prix à 80 % du prix initial au 1^{er} mars 2008 et de l'abaisser au prix voulu, conformément à l'al. 4, let. b, au 1^{er} janvier 2009.

⁶ Si l'OFSP décide, après réexamen, d'adapter le prix d'une préparation originale, il adapte également les prix des génériques interchangeables conformément aux dispositions en vigueur.

Dispositions transitoires de la modification du 30 juin 2010¹⁸²

¹ Le premier réexamen selon les années définies à l'art. 35*b*, al. 1, a lieu en 2012.

² L'OFSP réexamine en 2010 les prix de fabrique des préparations originales admises dans la liste des spécialités en 2007 et, en 2011, ceux des préparations originales admises dans la liste des spécialités en 2008, pour vérifier qu'elles remplissent toujours les conditions d'admission. L'entreprise qui distribue la préparation originale communique à l'OFSP, jusqu'au 31 août, les prix de fabrique valables le 1^{er} juillet dans les six pays de référence visés à l'art. 35, al. 2. L'éventuelle baisse de prix prend effet, pour l'une, le 1^{er} novembre 2010, pour l'autre, le 1^{er} novembre 2011. Pour le reste, l'art. 35*b* est déterminant.

³ Lors du réexamen des préparations originales qui ont été admises dans la liste des spécialités en 2007 et en 2008, l'art. 35*c*, al. 6, ne s'applique pas au remboursement de l'excédent des recettes.

Dispositions transitoires de la modification du 2 février 2011¹⁸³

¹ En dérogation à l'art. 38*a*, al. 3, la détermination de la moyenne du tiers le plus avantageux a lieu le 1^{er} juillet en 2011 et le 1^{er} janvier et le 1^{er} novembre en 2012.

² A partir du 1^{er} juillet 2011, la quote-part prévue à l'art. 38*a*, al. 1, s'applique aux préparations originales et aux médicaments en co-marketing, dont le prix de fabrique, après l'échéance du brevet, a été abaissé en une fois avant le 1^{er} juillet 2009, au niveau du prix des génériques au moment de l'expiration du brevet.

¹⁸² RO 2010 3249

¹⁸³ RO 2011 657

*Annexe I*¹⁸⁴
(art. 1)

Prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de certaines prestations fournies par les médecins

Remarques préliminaires

La présente annexe se fonde sur l'art. 1 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins. Elle ne contient pas une énumération exhaustive des prestations fournies par les médecins, à la charge ou non de l'assurance-maladie. Elle indique:

- les prestations dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique ont été examinés par la Commission des prestations et des principes et dont les coûts sont pris en charge, le cas échéant à certaines conditions, ou ne sont pas pris en charge;
- les prestations dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont encore en cours d'évaluation, mais dont les coûts sont pris en charge dans une certaine mesure et à certaines conditions;
- les prestations particulièrement coûteuses ou difficiles qui ne sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins que lorsqu'elles sont pratiquées par des fournisseurs de prestations qualifiés.

¹⁸⁴ Nouvelle teneur selon le ch. II al. 1 de l'O du DFI du 9 nov. 2005 (RO **2006** 23). Mise à jour selon le ch. II de l'O du DFI du 3 juillet 2006 (RO **2006** 2957), le ch. II al. 1 des O du DFI du 20 déc. 2006 (RO **2006** 5769), du 28 juin 2007 (RO **2007** 3581), du 21 nov. 2007 (RO **2007** 6839), du 26 juin 2008 (RO **2008** 3553), du 10 déc. 2008 (RO **2008** 6493), du 5 juin 2009 (RO **2009** 2821), du 27 oct. 2009 (RO **2009** 6083), du 14 juin 2010, (RO **2010** 2755), le ch. I de l'O du DFI du 16 août 2010 (RO **2010** 3559) et le ch. II al. 1 de l'O du DFI du 2 déc. 2010, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO **2010** 5837).

Table des matières de l'annexe 1

- 1 Chirurgie
 - 1.1 Chirurgie générale
 - 1.2 Chirurgie de transplantation
 - 1.3 Orthopédie, traumatologie
 - 1.4 Urologie et proctologie
 - 2 Médecine interne
 - 2.1 Médecine interne générale
 - 2.2 Maladies cardio-vasculaires, médecine intensive
 - 2.3 Neurologie, y compris thérapie des douleurs et l'anesthésie
 - 2.4 Médecine physique, rhumatologie
 - 2.5 Oncologie
 - 3. Gynécologie, obstétrique
 - 4. Pédiatrie, psychiatrie de l'enfant
 - 5. Dermatologie
 - 6. Ophtalmologie
 - 7. Oto-rhino-laryngologie
 - 8. Psychiatrie
 - 9. Radiologie
 - 9.1 Radiodiagnostic
 - 9.2 Autres procédés d'imagerie
 - 9.3 Radiologie interventionnelle et radiothérapie
 - 10. Médecine complémentaire
 - 11. Réadaptation
- Index alphabétique

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
1 Chirurgie			
<i>1.1 Chirurgie générale</i>			
Mesures en cas d'opération du cœur	Oui	Sont inclus: Cathétérisme cardiaque; angiocardio- graphie, produit de contraste compris; hypothermie; emploi du cœur-poumon artificiel; emploi d'un Cardioverter comme stimulateur, défibrillateur ou moniteur cardiaque; conserves de sang et sang frais; pose d'une valvule artificiel- le, prothèse comprise; pose d'un stimu- lateur cardiaque, appareil compris.	1.9.1967
Système de stabilisa- tion pour opération de pontage coronarien à cœur battant	Oui	Tous les patients ayant besoin d'un pontage coronarien. Dans les cas suivants un avantage spécial peut être attendu de cette métho- de: – aorte très calcifiée; – défaillance rénale; – syndrome respiratoire obstructif chronique; – âge avancé (plus de 70–75 ans). Contre-indications: – vaisseaux sanguins très calcifiés ou très petits et diffus (> 1,5 mm); – instabilité hémodynamique peropéra- toire à cause de la manipulation du cœur ou à cause d'une ischémie.	1.1.2002
Reconstruction mammaire	Oui	Pour rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente après une amputation médicalement indiquée.	23.8.1984/ 1.3.1995
Autotransfusion	Oui		1.1.1991
Traitement chirurgical de l'adiposité	Oui	Le patient présente un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 35. Un traitement amaigrissant approprié de deux ans est resté sans effet. Pose de l'indication, réalisation, assu- rance de la qualité et contrôle de suivi, comme prévu dans le document «Rich- tlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht» du «Swiss Study Group for Morbid Obesity» (SMOB) en date du 9.11.2010 ¹⁸⁵ . Réalisation dans des centres qui, de par leur organisation et leur personnel, sont en mesure de respecter les directives du SMOB du 9.11.2010, dans le cadre du	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011

¹⁸⁵ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		traitement chirurgical de l'adiposité. Les centres certifiés par le SMOB sont réputés satisfaire à ces conditions. Si l'intervention doit se dérouler dans un centre non certifié par le SMOB, le médecin-conseil devra donner son accord préalable.	
Traitement de l'adiposité par ballonnet intragastrique	Non		25.8.1988
Thérapie à radiofréquence pour le traitement des varices	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Traitement des varices par laser endoveineux	Non		1.1.2004
<i>1.2 Chirurgie de transplantation</i>			
Transplantation rénale isolée	Oui	Sont inclus les frais d'opération du donneur, y compris le traitement des complications éventuelles ainsi que les prestations visées à l'art. 14, al. 1 et 2, de la loi fédérale du 8 octobre 2004 sur la transplantation ¹⁸⁶ et à l'art. 12 de l'ordonnance du 16 mars 2007 sur la transplantation ¹⁸⁷ . La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de décès éventuel du donneur est exclue.	25.3.1971/ 23.3.1972/ 1.8.2008
Transplantation cardiaque isolée	Oui	En cas d'affections cardiaques graves et incurables telles que la cardiopathie ischémique, la cardio-myopathie idiopathique, les malformations cardiaques et l'arythmie maligne.	31.8.1989
Transplantation isolée du poumon d'un donneur non vivant	Oui	Stade terminal d'une maladie pulmonaire chronique. Dans les centres suivants: Universitäts-spital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève en collaboration avec le Centre hospitalier universitaire vaudois, si les centres participent au registre de SwissTransplant.	1.1.2003
Transplantation cœur-poumon	Non		31.8.1989/ 1.4.1994

¹⁸⁶ RS 810.21¹⁸⁷ RS 810.211

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Transplantation isolée du foie	Oui	Exécution dans un centre qui dispose de l'infrastructure nécessaire et de l'expérience adéquate («fréquence minimale»: en moyenne dix transplantations de foie par année).	31.8.1989/ 1.3.1995
Transplantation du foie d'un donneur vivant	Oui	En cours d'évaluation Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. Réalisation dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève. Sont inclus les frais d'opération du donneur, y compris le traitement des complications éventuelles ainsi que les prestations visées à l'art. 14, al. 1 et 2, de la loi sur la transplantation et à l'art. 12 de l'ordonnance sur la transplantation. La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de décès éventuel du donneur est exclue. Les fournisseurs de prestations doivent tenir un registre d'évaluation uniformisé, incluant un rapport annuel établi à l'attention de l'OFSP (monitoring: nombre de cas, indication, déroulement pour le receveur/le donneur, coûts totaux pour le receveur et le donneur, calculés séparément).	1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.2008 jusqu'au 31.12.2011
Transplantation simultanée du pancréas et du rein	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève, si le centre participe au registre de SwissTransplant.	1.1.2003
Transplantation du pancréas après une transplantation du rein	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres participent au registre de Swisstransplant.	1.7.2010
Transplantation isolée du pancréas	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres participent au registre de Swisstransplant.	31.8.1989/ 1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.7.2010
Transplantation simultanée d'îlots de Langerhans et du rein	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres participent au registre de Swisstransplant.	1.7.2010

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Transplantation d'îlots de Langerhans après une transplantation du rein	Oui	Dans les centres suivants: Universitäts-spital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres participent au registre de Swisstransplant.	1.7.2010
Allotransplantation isolée d'îlots de Langerhans	Oui	Dans les centres suivants: Universitäts-spital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres participent au registre de Swisstransplant.	1.7.2002/ 1.7.2010
Autotransplantation isolée d'îlots de Langerhans	Oui	Dans les centres suivants: Universitäts-spital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres participent au registre de Swisstransplant.	1.7.2002/ 1.7.2010
Transplantation isolée de l'intestin grêle	Oui	Dans les centres suivants: Universitäts-spital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres participent au registre de Swisstransplant.	1.7.2002/ 1.7.2010
Transplantation de l'intestin grêle et du foie et transplantation multiviscérale	Oui	Dans les centres suivants: Universitäts-spital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres participent au registre de Swisstransplant.	1.7.2002/ 1.7.2010
Greffe d'épiderme autologue de culture (kératinocytes)	Oui	Adultes: – brûlures à 70 % ou plus de la surface corporelle totale; – brûlures profondes à 50 % ou plus de la surface corporelle totale. Enfants: – brûlures à 50 % ou plus de la surface corporelle totale; – brûlures profondes à 40 % ou plus de la surface corporelle totale.	1.1.1997/ 1.1.2001
Traitement de plaies difficilement guérissables au moyen d'une greffe de peau issue d'une culture	Oui	Equivalents de peau autogènes ou allogènes autorisés selon les prescriptions légales. Après un traitement conservateur approprié qui a échoué. Pose de l'indication et sélection de la méthode ou du produit selon les directives du 1 ^{er} avril 2008 sur l'utilisation des équivalents de peau en cas des plaies difficilement guérissables, émises par la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies. Dans des centres certifiés par la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies.	1.1.2001/ 1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.4.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2008/ 1.8.2008

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
<i>1.3 Orthopédie, traumatologie</i>			
Traitement des défauts de posture	Oui	Prestation obligatoire seulement pour les traitements de caractère nettement thérapeutique, c.-à-d. si des modifications de structure ou des malformations de la colonne vertébrale décelables à la radiographie sont devenues manifestes. Les mesures prophylactiques qui ont pour but d'empêcher d'imminentes modifications du squelette, telles que la gymnastique spéciale pour fortifier un dos faible, ne sont pas à la charge de l'assurance.	16.1.1969
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire d'un lubrifiant artificiel	Non		25.3.1971
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire de téflon ou de silicone en tant que «lubrifiant»	Non		12.5.1977
Traitement de l'arthrose par injection d'une solution mixte contenant de l'huile iodiforme	Non		1.1.1997
Thérapie par ondes de choc extracorporelles (lithotripsie) appliquée à l'appareil locomoteur	Non	En cours d'évaluation	1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2002
Thérapie par ondes de choc radiales	Non		1.1.2004
Protection des hanches pour prévenir les fractures du col du fémur	Non		1.1.1999/ 1.1.2000
Greffe ostéocondrale en mosaïque pour couvrir des lésions du tissu osseux ou cartilagineux	Non		1.1.2002
Greffe autologue de chondrocytes	Non		1.1.2002/ 1.1.2004

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Viscosupplémentation pour le traitement de l'arthrose	Non		1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2007
Cyphoplastie à ballonnet pour le traitement des fractures vertébrales	Oui	<p>Fractures récentes, douloureuses, du corps vertébral qui ne répondent pas au traitement analgésique et qui montrent une déformation ayant besoin d'être corrigée.</p> <p>Indications selon les lignes directrices du 23.9.2004 de la Société suisse de chirurgie spinale.</p> <p>L'opération doit être exécutée par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens agréés par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie sont réputés suffisamment qualifiés.</p> <p>Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien non agréé par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie, le médecin-conseil devra donner son accord préalable.</p> <p>Les fournisseurs de prestations tiennent un registre national, coordonné par l'Institut de recherche évaluative en chirurgie orthopédique de l'Université de Berne.</p>	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011
Coussinets en gel dans le cas d'une prothèse totale du genou	Non		1.1.2006
Implant de ménisque au collagène	Non		1.8.2008
Ménisectomie au laser	Non		1.1.2006
<i>1.4 Urologie et proctologie</i>			
Uroflowmétrie (mesure du flux urinaire par enregistrement de courbes)	Oui	Limité aux adultes	3.12.1981

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Lithotripsie rénale extra corporelle par ondes de choc (ESWL), fragmentation des calculs rénaux	Oui	Indications L'ESWL est indiquée lorsque le traite- ment conservateur n'a pas eu de succès et que l'élimination spontanée du calcul est considérée comme improbable, vu sa localisation, sa forme et sa dimension, en cas de a. lithiases du bassinet; b. lithiases calicielles; c. lithiases de l'uretère. Les risques accrus entraînés par la position particulière du patient en cours de narcose exigent une surveillance anesthésique appropriée (formation spéciale des médecins et du personnel paramédical – aides en anesthésiologie – et appareils adéquats de surveillance).	22.8.1985/ 1.8.2006
Traitement chirurgical des troubles de l'érection			
– Prothèses pénien- nes	Non		1.1.1993/ 1.4.1994
– Chirurgie de revascularisation	Non		1.1.1993/ 1.4.1994
Implantation d'un sphincter artificiel	Oui	En cas d'incontinence grave	31.8.1989
Traitement au laser des tumeurs vésicales ou du pénis	Oui		1.1.1993
Embolisation de vari- cocèle			
– par caustique ou par coils	Oui		1.3.1995
– par ballons ou par microcoils	Non		1.3.1995
Ablation transurétrale de la prostate à l'aide d'un laser dirigé par ultrasons	Non		1.1.1997
Traitement par micro- ondes transurétrales à haute énergie (HE- TUMT)	Non		1.1.2004
Electroneuromodula- tion des racines sacrées à l'aide d'un système implanté pour le traitement de l'incontinence urinaire et des troubles de la vidange vésicale	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. Ne peut être effectuée que dans une institution reconnue, disposant d'une unité d'urodynamique capable de réaliser une évaluation dynamique	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Electroneuromodulation des racines sacrées à l'aide d'un système implanté pour le traitement de l'incontinence fécale	Oui	complète et d'une unité de neuromodulation pour l'évaluation de la fonction des nerfs périphériques (test PNE). Après échec des traitements conservateurs (y compris la réadaptation). Après un test de stimulation (PNE) positif. Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. Ne peut être effectuée que dans une institution reconnue, disposant d'une unité de manométrie anorectale capable de réaliser une évaluation manométrique complète et d'une unité de neuromodulation pour l'évaluation de la fonction des nerfs périphériques (test PNE). Après échec des traitements conservateurs et/ ou chirurgicaux (y compris la réadaptation). Après un test de stimulation (PNE) positif.	1.1.2003/ 1.1.2008
Traitement de l'hyperactivité vésicale neurogène par injection cystoscopique de toxine botulique de type A dans la paroi vésicale	Non		1.7.2007/ 1.8.2008
Stents urologiques	Oui	Si une opération chirurgicale est contre-indiquée en raison de comorbidité ou d'atteinte corporelle grave ou pour des motifs techniques.	1.8.2007
Ultrasons focalisés à haute fréquence (HIFU) pour le traitement du cancer de la prostate	Non		1.7.2009
2 Médecine interne			
<i>2.1 Médecine interne générale</i>			
Thérapie par injection d'ozone	Non		13.5.1976
Traitement par O ₂ hyperbare	Oui	– lésions actiniques chroniques ou tardives; – ostéomyélite de la mâchoire; – ostéomyélite chronique;	1.4.1994 1.9.1988

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		– maladie de la décompression lorsque la notion d'accident n'est pas satisfaite.	1.1.2006
Cellulothérapie à cellules fraîches	Non		1.1.1976
Sérocythothérapie	Non		3.12.1981
Traitement de l'adiposité	Oui	– si le poids est supérieur de 20 % ou plus au poids idéal maximal; – si une maladie concomitante peut être avantageusement influencée par la réduction du poids.	7.3.1974
– par les dérivés de l'amphétamine	Non		1.1.1993
– par les hormones thyroïdiennes	Non		7.3.1974
– par les diurétiques	Non		7.3.1974
– par l'injection de choriogonadotrophine	Non		7.3.1974
Hémodialyse («rein artificiel»)	Oui		1.9.1967
Hémodialyse à domicile	Oui		27.11.1975
Dialyse péritonéale	Oui		1.9.1967
Nutrition entérale à domicile	Oui	Lorsqu'une nutrition suffisante par voie orale sans utilisation de sonde est impossible.	1.3.1995
Nutrition entérale à domicile sans utilisation de sonde	Non		1.7.2002
Nutrition parentérale à domicile	Oui		1.3.1995
Insulinothérapie à l'aide d'une pompe à perfusion continue	Oui	Aux conditions suivantes: – le patient souffre d'un diabète extrêmement labile; – son affection ne peut pas être stabilisée de manière satisfaisante par la méthode des injections multiples; – le traitement au moyen de la pompe est indiqué et les soins sont dispensés par un centre qualifié ou, après consultation du médecin-conseil, par un médecin spécialisé installé en cabinet privé qui a l'expérience nécessaire.	27.8.1987/ 1.1.2000
Perfusion parentérale d'antibiotiques à l'aide d'une pompe à perfusion continue, traitement ambulatoire	Oui		1.1.1997

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Plasmaphérèse	Oui	Indications: – syndrome d'hyperviscosité; – maladies du système immunitaire, lorsqu'une plasmaphérèse s'est révélée efficace, soit notamment en cas de: – myasthénie grave – purpura thrombocytopénique – anémie hémolytique immune – leucémie – syndrome de Goodpasture – syndrome de Guillain-Barré – intoxication aiguë – hypercholestérolémie familiale homozygote.	25.8.1988
LDL-Aphérèse	Oui	Hypercholestérolémie familiale homozygote Mise en oeuvre dans un centre qui dispose de l'infrastructure et de l'expérience nécessaire.	25.8.1988/ 1.1.2005
	Non	Hypercholestérolémie familiale hétéro- zygote	1.1.1993/ 1.3.1995/ 1.1.2005
	Non	En cas de hypercholestérolémie réfractaire à la thérapie	1.1.2007
Greffe de cellules souches hémato- poïétiques		Dans les centres qualifiés par l'organe de certification du STABMT (Groupe de travail de SwissTransplant pour la transplantation de cellules du sang et de la moelle). Exécution selon les normes éditées par le Comité conjoint d'accréditation de l'ISCT & EBMT (JACIE) et la Fonda- tion pour l'accréditation de la thérapie cellulaire (FACT) «FACT-JACIE International Standards for Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 4 ^e édition, d'octobre 2008 ¹⁸⁸ . Les frais de l'opération du donneur sont également à la charge de l'assureur du receveur, y compris le traitement des complications éventuelles ainsi que les prestations visées à l'art. 14, al. 1 et 2, de la loi du 8 octobre 2004 sur la transplan- tation et à l'art. 12 de l'ordonnance du 16 mars 2007 sur la transplantation.	1.8.2008/ 1.1.2011

¹⁸⁸ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
– autologue	Oui	La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de décès du donneur est exclue.	
		– lymphomes – leucémie lymphatique aiguë – leucémie myéloïde aiguë – myélome multiple.	1.1.1997
	Oui	dans le cadre d'études cliniques: – syndrome myéloдиспластique – neuroblastome – médulloblastome – leucémie myéloïde chronique – cancer du sein – tumeur germinale – cancer de l'ovaire – sarcome d'Ewing – sarcome des tissus mous – tumeur de Wilms – rhabdomyosarcome – tumeur solide rare de l'enfant.	1.1.2002/ 1.1.2008 jusqu'au 31.12.2012
		Dans le cadre d'études cliniques multi- centriques prospectives: – en cas de maladie auto-immune. Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spé- ciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. En cas d'échec de la thérapie conven- tionnelle ou de progression de la mala- die.	1.1.2002/ 1.1.2008 jusqu'au 31.12.2012
	Non	– récurrence d'une leucémie myéloïde aiguë – récurrence d'une leucémie lymphatique aiguë – cancer du sein avec métastases osseuses étendues – carcinome bronchique à petites cellules – maladies congénitales.	1.1.1997/ 1.1.2008
	– allogénique	Oui	– leucémie myéloïde aiguë – leucémie lymphatique aiguë – leucémie myéloïde chronique – syndrome myéloдиспластique – anémie aplasique – déficit immunitaire et enzymopathie congénitale – thalassémie et anémie drépanocytaire (donneur génotypiquement HLA-identique).
Oui		dans le cadre d'études cliniques: – myélome multiple	1.1.2002/ 1.1.2008

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> – tumeur du système lymphatique (lymphome de Hodgkin, lymphome non hodgkinien, leucémie lymphatique chronique) – carcinome du rein. 	jusqu'au 31.12.2012
	Oui	<p>Dans le cadre d'études cliniques multicentriques prospectives:</p> <ul style="list-style-type: none"> – en cas de maladie auto-immune. <p>Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.</p> <p>En cas d'échec de la thérapie conventionnelle ou de progression de la maladie.</p>	1.1.2002/ 1.1.2008 jusqu'au 31.12.2012
	Non	<ul style="list-style-type: none"> – tumeurs solides – mélanome. 	1.1.1997/ 1.1.2008
	Non	<p>En cours d'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> – cancer du sein. 	1.1.2002/ 1.1.2008
Lithotritie des calculs biliaires	Oui	<p>Calcul biliaire intrahépatique; calcul biliaire extrahépatique dans la région du pancréas et du cholédoque.</p> <p>Calculs intrarésiculaires lorsque le patient est inopérable (y compris par une cholécystectomie laparoscopique).</p>	1.4.1994
Polysomnographie Polygraphie	Oui	<p>En cas de forte suspicion de:</p> <ul style="list-style-type: none"> – syndrome de l'apnée du sommeil – mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil – narcolepsie, lorsque le diagnostic clinique est incertain – parasomnie sévère (par ex. dystonie épileptique nocturne ou comportements violents pendant le sommeil), lorsque le diagnostic est incertain et qu'une thérapie s'impose. <p>Prescription et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives du 6 septembre 2001 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie.</p>	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002
	Non	<p>Examen de routine de l'insomnie passagère et de l'insomnie chronique, de la fibromyalgie et du syndrome de fatigue chronique.</p>	1.1.1997

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
	Non	En cours d'évaluation	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003
		En cas de forte suspicion de: <ul style="list-style-type: none"> - troubles de l'endormissement et du sommeil, lorsque le diagnostic initial est incertain et seulement lorsque le traitement au comportement ou médicamenteux est sans succès; - troubles persistants du rythme circadien, lorsque le diagnostic est incertain. 	
Polygraphie	Oui	Forte suspicion d'un syndrome de l'apnée du sommeil. Exécution par un médecin spécialisé (pneumologie FMH) pouvant justifier d'une formation et d'une expérience pratique en polygraphie respiratoire conforme aux directives du 6 septembre 2001 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie.	1.7.2002/ 1.1.2006
Dosage de la mélatonine sérique	Non		1.1.1997
Test des latences multiples d'endormissement (Multiple sleep latency test)	Oui	Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives de 1999 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie.	1.1.2000
Test de maintien de l'éveil (Maintenance of wakefulness test)	Oui	Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives de 1999 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie.	1.1.2000
Actigraphie	Oui	Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives de 1999 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie.	1.1.2000
Test respiratoire à l'urée (13C) pour mise en évidence d' <i>Helicobacter pylori</i>	Oui		16.9.1998/ 1.1.2001
Immunothérapie par cellules dendritiques pour le traitement du mélanome	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Traitement photodynamique au méthyles-ter de l'acide aminolévulinique	Oui	Kératose actinique, carcinome basocellulaire, maladie de Bowen et carcinome spinocellulaire mince.	1.7.2002

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Calorimétrie et/ou mesure de la densité corporelle dans le traitement de l'adiposité	Non		1.1.2004
Capsule-endoscopie	Oui	Pour examen de l'intestin grêle, de l'angle de Treitz à la valvule iléocœcale – hémorragies d'origine inconnue – inflammation chronique de l'intestin grêle. Si la gastroscopie et la colonoscopie se sont révélées négatives. Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	1.1.2004/ 1.1.2006
Photophorèse extra-corporelle	Oui	Réticulomatose cutanée (syndrome de Sézary)	1.1.1997
	Non	– Maladie du greffon contre l'hôte – En cas de transplantation pulmonaire	1.1.2009
<i>2.2 Maladies cardio-vasculaires, médecine intensive</i>			
Insufflation d'oxygène	Non		27.6.1968
Massage séquentiel péristaltique	Oui		27.3.1969/ 1.1.1996
Enregistrement de l'ECG par télémétrie	Oui	Comme indications, entrent avant tout en ligne de compte les troubles du rythme et de la transmission, les troubles de la circulation du sang dans le myocarde (maladies coronariennes). L'appareil peut aussi servir au contrôle de l'efficacité du traitement.	13.5.1976
Système implantable pour l'enregistrement d'un électrocardiogramme sous-cutané	Oui	Selon les directives du groupe de travail «Stimulation cardiaque et électrophysiologie» de la Société suisse de cardiologie du 26 mai 2000.	1.1.2001
Surveillance téléphonique des stimulateurs cardiaques	Non		12.5.1977
Télésurveillance des patients et des implants cardiologiques	Non		1.7.2010
Implantation d'un défibrillateur	Oui		31.8.1989

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Utilisation à ballonnet d'une pompe intra-aortale en cardiologie interventionnelle	Oui		1.1.1997
Revascularisation transmyocardique par laser	Non	En cours d'évaluation	1.1.2000
Thérapie de resynchronisation cardiaque sur la base d'un stimulateur cardiaque à triple chambre, implantation et changement d'agrégat	Oui	En cas d'insuffisance cardiaque chronique sévère réfractaire avec asynchronisme interventriculaire. Aux conditions suivantes: – insuffisance chronique sévère (NYHA III ou IV) avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche $\leq 35\%$ malgré traitement médicamenteux adéquat; – bloc de branche gauche avec allongement du QRS ≥ 130 millisecondes. Investigation et implantation seulement dans un centre de cardiologie qualifié, disposant d'une équipe interdisciplinaire avec les compétences requises en électrophysiologie cardiaque et de l'infrastructure nécessaire (échocardiographie, console de programmation, laboratoire de cathétérisme cardiaque).	1.1.2003/ 1.1.2004
Curiethérapie endocoronarienne	Non	En cours d'évaluation	1.1.2003
Implantation de stents coronariens à libération de médicaments	Oui		1.1.2005
2.3 Neurologie, y compris la thérapie des douleurs et l'anesthésie			
Massages en cas de paralysie consécutive à des affections du système nerveux central	Oui		23.3.1972
Potentiels évoqués visuels dans le cadre d'examens neurologiques spéciaux	Oui		15.11.1979

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Electrostimulation de la moelle épinière par implantation d'un système de neurostimulation	Oui	Traitement des douleurs chroniques graves, avant tout des douleurs du type de désafférentation (douleurs fantômes), douleurs par adhérence des racines après hernie discale et perte de sensibilité dans les dermatomes correspondants, causalgies et notamment des douleurs provoquées par fibrose du plexus après irradiation (cancer du sein), lorsqu'il existe une indication stricte et qu'un test a été effectué au moyen d'une électrode percutanée. Le remplacement du générateur d'impulsions est une prestation obligatoire.	21.4.1983/ 1.3.1995
Electrostimulation des structures cérébrales profondes par implantation d'un système de neurostimulation	Oui	Traitement des douleurs chroniques graves: douleurs de désafférentation d'origine centrale (par ex. lésion cérébrale ou intrarachidienne, lacération intradurale du nerf), lorsqu'il existe une indication stricte et qu'un test a été effectué au moyen d'une électrode percutanée. Le remplacement du générateur d'impulsions est une prestation obligatoire.	1.3.1995
Opération stéréotactique en vue de traiter la maladie de Parkinson chronique et réfractaire aux traitements non chirurgicaux (ablation par radiofréquence et stimulations chroniques du pallidum, du thalamus et du noyau subthalamique)	Oui	Diagnostic établi d'une maladie de Parkinson idiopathique. Progression des symptômes sur un minimum de deux ans. Contrôle insuffisant des symptômes par le traitement dopaminergique (phénomène off, fluctuations on/off, dyskinésies on).	1.7.2000
Opération stéréotactique (ablation par radiofréquence et stimulation chronique du thalamus) en vue de traiter le tremblement non parkinsonien, chronique et réfractaire aux traitements non chirurgicaux	Oui	Diagnostic établi d'un tremblement non parkinsonien, progression des symptômes sur un minimum de deux ans, contrôle insuffisant des symptômes par le traitement médicamenteux. Examens et opérations dans des centres spécialisés qui disposent des infrastructures nécessaires (neurochirurgie fonctionnelle, neurologie, neuroradiologie).	1.7.2002
Electro-neurostimulation transcutanée (TENS)	Oui	Si le patient utilise lui-même le stimulateur TENS, l'assureur lui rembourse les frais de location de l'appareil lorsque les conditions suivantes sont remplies:	23.8.1984

Mesure	Obligationnement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> – le médecin ou, sur ordre de celui-ci, le physiothérapeute doit avoir testé l'efficacité du TENS sur le patient et avoir initié ce dernier à l'utilisation du stimulateur; – le médecin-conseil doit avoir confirmé que le traitement par le patient lui-même est indiqué; – indication notamment dans les cas suivants: <ul style="list-style-type: none"> – douleurs dues à un névrome; par ex. douleurs localisées pouvant être déclenchées par pression dans des membres amputés (moignons); – douleurs pouvant être déclenchées ou renforcées par la stimulation (pression, extension ou stimulation électrique) d'un point névralgique; par ex. douleurs de type sciatique ou syndromes de l'épaule et du bras; – douleurs provoquées par la compression des nerfs; par ex. douleurs irradiantes persistantes après opération d'une hernie discale ou du canal carpien. 	
Traitement par Baclofène à l'aide d'un doseur implantable de médicament	Oui	En cas de spasticité résistant à la thérapie.	1.1.1996
Traitement intrathécal d'une douleur chronique somatique à l'aide d'un doseur implantable de médicament	Oui		1.1.1991
Potentiels évoqués moteurs dans le cadre d'examen neurologiques spécialisés	Oui	Diagnostic d'une maladie neurologique. L'examinateur responsable est titulaire du certificat de capacité ou de l'attestation de formation complémentaire en électroencéphalographie ou en électroneuromyographie de la Société suisse de neurophysiologie clinique.	1.1.1999
Réssection curative d'un foyer épileptogène	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – Preuve de l'existence d'une épilepsie focale. – Fort handicap du patient en raison de souffrances dues à la maladie comitiale. – Résistance à la pharmacothérapie. 	1.1.1996/ 1.8.2006

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		– Investigations et exécution dans un centre pour épileptiques qui dispose des équipements diagnostiques adéquats (en électrophysiologie, IRM ₁ etc.), d'un service de neuro-psychologie, du savoir-faire chirurgical et thérapeutique et de possibilités de suivi du traitement.	
Chirurgie palliative de l'épilepsie par:	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	1.1.1996/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.8.2006/ 1.1.2009
– commissurotomie			
– opération sous- apiale multiple (selon Morell-Whisler)		Lorsque les investigations montrent que la chirurgie curative de l'épilepsie focale n'est pas indiquée et qu'une méthode palliative permet un meilleur contrôle des crises et une amélioration de la qualité de vie.	
– stimulation du nerf vague		Investigations et exécution dans un centre pour épileptiques qui dispose des équipements diagnostiques adéquats (en électrophysiologie, IRM, etc.), d'un service de neuro-psychologie, du savoir-faire chirurgical et thérapeutique et de possibilités de suivi du traitement.	
Opération au laser (décompression au laser) de la hernie discale	Non		1.1.1997
Traitement électro- thermique intradiscal	Non		1.1.2004
Cryoneurolyse	Non	Pour le traitement des douleurs des articulations intervertébrales lombaires	1.1.1997
Dénervation par radiofréquence d'articulation facettaire	Non		1.1.2004/ 1.1.2005
Spondylodèse par cage intersomatique ou greffe osseuse	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	1.1.1999/ 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004
		– Instabilité de la colonne vertébrale avec hernie discale, récurrence de hernie discale ou sténose chez des patients présentant un syndrome vertébral ou radiculaire invalidant, résistant au traitement conservateur, causé par une pathologie dégénérative de la colonne vertébrale avec instabilité, cliniquement et radiologiquement vérifiées.	

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Prothèse de disque	Oui	<p>– Après échec d'une spondylodèse postérieure avec système de vis pédi-culaires.</p> <p>En cours d'évaluation</p> <p>Dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale cervicale et lombaire.</p> <p>Echec d'une thérapie conservatrice de 3 mois (colonne vertébrale cervicale) ou de 6 mois (colonne vertébrale lombaire)</p> <p>– exception faite des patients présentant une dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale cervicale et lombaire, et souffrant également, dans des conditions thérapeutiques stationnaires, de douleurs incontrôlables, ou chez lesquels des pertes neurologiques progressives apparaissent malgré une thérapie conservatrice.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dégénérescence de 2 segments maximum – Dégénérescence minimale des segments contigus – Absence d'arthrose primaire des articulations vertébrales (colonne vertébrale lombaire) – Absence de cyphose segmentaire primaire (colonne vertébrale cervicale) – Prise en compte de toutes les contre-indications générales. <p>L'opération doit être exécutée par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens agréés par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie sont réputés suffisamment qualifiés.</p> <p>Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien non agréé par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie, le médecin-conseil devra donner son accord préalable.</p> <p>Les fournisseurs de prestations tiennent un registre national, coordonné par l'Institut de recherche évaluative en chirurgie orthopédique de l'Université de Berne.</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011 jusqu'au 31.12.2011</p>
Stabilisation intrara-chidienne et dynamique de la colonne vertébrale (par ex. de	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <p>L'opération doit être exécutée par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/</p>

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
type DIAM)		agréés par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie sont réputés suffisamment qualifiés. Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien non agréé par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie, le médecin-conseil devra donner son accord préalable. Les fournisseurs de prestations tiennent un registre national, coordonné par l'Institut de recherche évaluative en chirurgie orthopédique de l'Université de Berne.	1.1.2011 jusqu'au 31.12.2011
Stabilisation dynamique du rachis lombaire (par ex. de type DYNESIS)	Oui	En cours d'évaluation L'opération doit être exécutée par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens agréés par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie sont réputés suffisamment qualifiés. Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien non agréé par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie, le médecin-conseil devra donner son accord préalable. Les fournisseurs de prestations tiennent un registre national, coordonné par l'Institut de recherche évaluative en chirurgie orthopédique de l'Université de Berne.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011 jusqu'au 31.12.2011
Anesthésie générale pour effectuer une intervention diagnostique ou thérapeutique (intervention dentaire comprise)	Oui	Si l'intervention diagnostique ou thérapeutique doit être effectuée sous anesthésie en raison d'un handicap physique ou mental grave.	1.7.2010
2.4 <i>Médecine physique, rhumatologie</i>			
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire d'un lubrifiant artificiel	Non		25.3.1971

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire de téflon ou de silicone en tant que «lubrifiant»	Non		12.5.1977
Synoviorthèse	Oui		12.5.1977
Thérapie par laser froid	Non		1.1.2001
Anesthésie générale pour effectuer une intervention diagnostique ou thérapeutique (intervention dentaire comprise)	Oui	Si l'intervention diagnostique ou thérapeutique doit être effectuée sous anesthésie en raison d'un handicap physique ou mental grave.	1.7.2010
<i>2.5 Oncologie</i>			
Traitement du cancer par pompe à perfusion (chimiothérapie)	Oui		27.8.1987
Traitement par laser pour chirurgie palliative à minima	Oui		1.1.1993
Perfusion isolée des membres en hyperthermie et au moyen du facteur de nécrose tumorale (TNF)	Oui	Mélanome malin atteignant exclusivement un membre. Sarcome des tissus mous atteignant exclusivement un membre. Dans un centre spécialisé ayant l'expérience du traitement interdisciplinaire des mélanomes et des sarcomes étendus des membres par cette méthode. Le traitement est effectué par une équipe composée de médecins spécialisés en chirurgie oncologique, en chirurgie vasculaire, en orthopédie, en anesthésie et en médecine intensive. Le traitement doit être effectué en salle d'opération, sous anesthésie générale et sous monitoring continu par sonde de Swan-Ganz.	1.1.1997/ 1.1.2001
	Non	Mélanome ou sarcome: – envahissant la racine du membre; – accompagné de métastases viscérales.	1.1.2001
Immunothérapie spécifique active pour la thérapie adjuvante du cancer du colon de stade II	Non		1.8.2007

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Low-dose-rate- Curiethérapie	Oui	En cours d'évaluation Par grains d'iode 125 ou de palladium 103. En cas de carcinome de la prostate avec risque de récurrence faible ou moyen et – espérance de vie > 5 ans – volume de la prostate < 60 ccm – pas d'obstruction vésicale sévère. Centre qualifié offrant une collaboration interdisciplinaire étroite entre urologues, radio-oncologues et médecins médi- caux. Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2009 jusqu'au 31.12.2013
Test multigénique en cas de cancer du sein (Breast Cancer Assay)	Non		1.1.2011
3 Gynécologie, obstétrique			
Echographie	Oui	L'art. 13, let. b, OPAS est réservé pour les contrôles par échographie durant la grossesse.	23.3.1972/ 1.1.1997
Insémination artifi- cielle	Oui	Insémination intra-utérine. Au maximum trois cycles de traitement par grossesse.	1.1.2001
Fécondation in vitro en vue de déterminer une éventuelle stérili- té	Non		1.4.1994
Fécondation in vitro et transfert d'embryon (FIVETE)	Non		28.8.1986/ 1.4.1994
Stérilisation: – d'une patiente	Oui	Pratiquée au cours du traitement médical d'une patiente en âge de procréer, la stérilisation doit être prise en charge par l'assurance-maladie dans les cas où une grossesse mettrait la vie de l'assurée en danger ou affecterait vraisemblablement sa santé de manière durable, à cause d'un état pathologique vraisemblable- ment permanent ou d'une anomalie physique, et si d'autres méthodes de contraception ne sont pas possibles pour des raisons médicales (au sens large).	11.12.1980
– du conjoint	Oui	Lorsqu'une stérilisation remboursable se révèle impossible pour la femme ou lorsqu'elle n'est pas souhaitée par les époux, l'assureur de la femme doit pren- dre en charge la stérilisation du mari.	1.1.1993

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement au laser du cancer du col in situ	Oui		1.1.1993
Ablation non chirurgicale de l'endomètre	Oui	Pour le traitement des ménorragies fonctionnelles résistant à la thérapie chez les femmes avant le ménopause.	1.1.1998
Frottis de Papanicolaou pour la détection précoce des cancers du col de l'utérus (art. 12e, let. b, OPAS)	Oui		1.1.1996/ 1.8.2008
Cytologie en couches minces pour la détection précoce des cancers du col de l'utérus selon les méthodes ThinPrep ou Autocyte Prep/SurePath (art. 12e, let. b, OPAS)	Oui		1.4.2003/ 1.7.2005/ 1.8.2008
Détection du papillomavirus humain (HPV) pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (art. 12e, let. b, OPAS)	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002/ 1.8.2008
Interventions mammaires mini-invasives sous guidage radiologique ou échographique	Oui	Selon les déclarations consensuelles de la Société suisse de sénologie (SSS) et du groupe de travail «Bildgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe»; Senologie – Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie 2009; 6: 181–184.	1.7.2002/ 1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.7.2009
Mise en place d'une bandelette sous-urétrale pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme	Oui	– Selon les recommandations de l'Association pour l'urogynécologie et la pathologie du plancher pelvien (AUG), mise à jour de l'avis d'expert du 27.7.2004 «Évaluation du TVT (Tension-free vaginal tape) pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort féminine». – L'implant Reemex® n'est pas pris en charge.	1.1.2004/ 1.1.2005
4 Pédiatrie, psychiatrie de l'enfant			
Programmes de traitements ambulatoires et pluridisciplinaires destinés aux enfants et adolescents souffrant de surpoids ou d'obésité	Oui	En cours d'évaluation 1. Indication: a. en cas d'obésité (IMC > 97 ^e centile); b. en cas de surpoids (IMC entre le 90 ^e et le 97 ^e centile) et présence d'au moins une des maladies ci-après si le surpoids en aggrave le	1.1.2008/ 1.7.2009 jusqu'au 31.12.2013

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>pronostic ou si elles sont dues à la surcharge pondérale: hypertension, diabète sucré de type 2, troubles de la tolérance glucidique, troubles endocriniens, syndrome des ovaires polykystiques, maladie orthopédiques, stéatohépatite non alcoolique, maladies respiratoires, glomérulopathie, troubles alimentaires faisant l'objet d'un traitement psychiatrique.</p> <p>Définition de l'obésité, du surpoids et des maladies selon les recommandations de la Société suisse de pédiatrie (SSP) éditées dans la revue «Pediatria», n° 6/2006 du 19.12.2006.</p> <p>2. Programmes:</p> <p>a. approche thérapeutique pluridisciplinaire selon les exigences de l'association suisse Obésité de l'enfant et de l'adolescent (AKJ) éditées dans la revue «Pediatria», n° 2/2007 du 13.4.2007;</p> <p>b. programmes en groupes dirigés par un médecin et agréés par la commission formée de représentants de la SSP et de l'AKJ.</p> <p>3. Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts:</p> <p>a. traitements entrant dans le cadre du projet d'évaluation de la SSP et de l'AKJ;</p> <p>b. pour les traitements entrant dans le cadre de ce projet d'évaluation, une rémunération forfaitaire est convenue.</p>	
Thérapie par le jeu et la peinture chez l'enfant	Oui	Pratiquée par le médecin ou sous sa surveillance directe.	7.3.1974
Traitement de l'énurésie par appareil avertisseur	Oui	Dès l'âge de 5 ans	1.1.1993
Electrostimulation de la vessie	Oui	En cas de problèmes organiques de la miction.	16.2.1978
Gymnastique de groupe pour enfants obèses	Non		18.1.1979

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Monitoring de la respiration; monitoring de la respiration et de la fréquence cardiaque	Oui	Chez les nourrissons à risque, sur prescription d'un médecin pratiquant dans un centre régional de diagnostic de la mort subite du nourrisson (SIDS).	25.8.1988/ 1.1.1996
Echographie selon la méthode de Graf de la hanche des nouveau-nés et des nourrissons	Oui	Examen effectué par un médecin spécialement formé à cette méthode.	1.7.2004/ 1.8.2008
Thérapie stationnaire loin du domicile lors d'adiposité sévère	Non		1.1.2005
5 Dermatologie			
Traitement des affections cutanées par la lumière noire (PUVA-thérapie)	Oui		15.11.1979
Photothérapie sélective par ultraviolets	Oui	Sous la responsabilité et le contrôle d'un médecin.	11.12.1980
Embolisation des hémangiomes du visage (radiologie interventionnelle)	Oui	Ne doit pas être facturée plus cher que le traitement chirurgical (excision).	27.8.1987
Stimulation des cellules par des ondes acoustiques pulsées (PACE) pour le traitement des problèmes de cicatrisation de la peau aigus ou chroniques	Non		1.7.2009
Traitement au laser de:			
– nævus télangiectasique	Oui		1.1.1993
– condylome acuminé	Oui		1.1.1993
– cicatrices d'acné	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
– chéloïde	Non		1.1.2004
Thérapie climatique au bord de la Mer Morte	Non		1.1.1997/ 1.1.2001
Balnéo-photothérapie ambulatoire	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
6 Ophtalmologie			
Traitement orthoptique	Oui	Par le médecin lui-même ou sous sa surveillance directe.	27.3.1969

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Potentiels évoqués visuels dans le cadre d'examen ophtal- mologiques spéciaux	Oui		15.11.1979
Biométrie par écho- graphie oculaire avant opération de la cataracte	Oui		8.12.1983
Traitement au laser de:			
– rétinopathie diabétique	Oui		1.1.1993
– lésions rétiniennes (y compris isché- mie rétinienne)	Oui		1.1.1993
– capsulotomie	Oui		1.1.1993
– trabéculotomie	Oui		1.1.1993
Correction de l'anisométrie par chirurgie réfractive	Oui	Prestation obligatoire seulement s'il existe une anisométrie supérieure à 3 dioptries non corrigéable par des lunettes et une intolérance durable aux lentilles de contact; pour la correction d'un œil pour obtenir des valeurs corrigéables par des lunettes. Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spé- ciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	1.1.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2005
Correction réfractive par implantation de lentille intraoculaire	Oui	Prestation obligatoire seulement en cas d'anisométrie supérieure à 10 diop- tries associée à une kératotomie. Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spé- ciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	1.1.2000/ 1.1.2005
Greffe de membrane amniotique pour recouvrir des lésions cornéennes	Oui		1.1.2001
Thérapie photodynami- que de la dégéné- rescence maculaire par perfusion de Verteprorfine	Oui	Dégénérescence maculaire exsudative liée à l'âge, sous sa forme prédominante classique.	1.1.2006
	Oui	En cours d'évaluation En cas de néovascularisation provoquée par une myopie pathologique.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005/

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	1.1.2006 1.1.2009 jusqu'au 31.12.2011
	Non	Autres formes de la dégénérescence maculaire liée à l'âge.	1.1.2008
Dilatation par Laci-Cath en cas de sténose du canal lacrymal	Non		1.1.2003/ 1.1.2005
Dilatation par ballonnet en cas de sténose du canal lacrymal	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – sous contrôle radiologique – avec ou sans implantation d'un stent – radiologies interventionnelles effectuées par des personnes possédant l'expérience correspondante. 	1.1.2006/ 1.1.2008
Ophthalmoscopie laser à balayage	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – en cas de glaucome difficile à traiter, pour poser l'indication d'une intervention chirurgicale – pose de l'indication des traitements de la rétine 	1.1.2004/ 1.8.2008
		Examen dans le centre où doit être effectués l'intervention et le traitement.	
Traitement de la cornée par UV crosslinking en cas de kératocône	Non		1.8.2008
Traitement du kératocône au moyen d'anneaux intracornéens	Oui	<p>Pour correction de l'astigmatisme irrégulier en cas de kératocône si une correction par des lunettes ou lentilles de contact n'est pas possible ou s'il existe une intolérance aux lentilles de contact.</p> <p>Exécution dans les centres/cliniques A, B et C (selon la liste des centres de formation continue de la FMH dans l'ophtalmologie).</p>	1.8.2007
Thérapie photodynamique de la dégénérescence maculaire par perfusion de Verteporfine	Oui	Dégénérescence maculaire exsudative liée à l'âge, sous sa forme prédominante classique.	1.1.2006
	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <p>En cas de néovascularisation provoquée par une myopie pathologique.</p> <p>Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.</p>	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.1.2009 jusqu'au 31.12.2011
	Non	Autres formes de la dégénérescence maculaire liée à l'âge.	1.1.2008

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Mesure de l'osmolarité du liquide lacrymal	Non		1.1.2010
7 Oto-rhino-laryngologie			
Traitement des troubles du langage	Oui	Pratiqué par le médecin lui-même ou sous sa direction et sa surveillance directes (voir aussi les art. 10 et 11 OPAS).	23.3.1972
Aérosols soniques	Oui		7.3.1974
Traitement par oreille électronique selon la méthode Tomatis (audio-psycho-phonologie)	Non		18.1.1979
Prothèse vocale	Oui	Implantation pendant ou après une laryngectomie totale. Le remplacement d'une prothèse vocale implantée est une prestation obligatoire.	1.3.1995
Traitement au laser de:			
– papillomatose des voies respiratoires	Oui		1.1.1993
– résection de la langue	Oui		1.1.1993
Implant cochléaire pour le traitement d'une surdité bilatérale sans utilisation possible des restes d'audition	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. Pour les enfants atteints de surdité pérlinguale ou postlinguale et pour les adultes atteints de surdité tardive. Dans les centres suivants: hôpital cantonal universitaire de Genève, hôpitaux universitaires de Bâle, de Berne et de Zurich, hôpital cantonal de Lucerne. L'entraînement auditif dispensé dans le centre fait partie intégrante de la thérapie à prendre en charge.	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004
Implantation d'un appareil auditif par ancrage osseux percutané	Oui	– Maladies et malformations de l'oreille moyenne et du conduit auditif externe qui ne peuvent être corrigées par la chirurgie – Seule alternative à une intervention chirurgicale à risque sur l'unique oreille fonctionnelle – Intolérance aux appareils à transmission aérienne	1.1.1996

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		– Remplacement d'un appareil classique à transmission osseuse, suite à l'apparition de troubles, à une tenue insuffisante ou à un mauvais fonctionnement.	
Implantation dans l'oreille moyenne d'un système type «Vibrant Soundbridge» pour traiter un déficit d'audition de l'oreille interne	Oui	Patients qui, pour des raisons médicales ou audiologiques, ne peuvent pas utiliser un appareil conventionnel à cause d'une otite externe chronique, d'une allergie, d'une exostose, etc.	1.1.2005
Palatoplastie au laser vaporisant	Non		1.1.1997
Lithotripsie de pyalolithes	Oui	Exécution dans un centre qui dispose de l'expérience correspondante (fréquence minimale: en moyenne 30 premiers traitements par année).	1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2001/ 1.1.2004
8 Psychiatrie			
Traitement de la toxicomanie			25.3.1971
– ambulatoire	Oui	Réduction des prestations possible en cas de faute grave de l'assuré.	
– hospitalier	Oui		
Traitement de substitution en cas de dépendance aux opiacés	Oui	1. Respect des dispositions, directives et recommandations suivantes: a. concernant le traitement avec prescription de méthadone: «Dépendance aux opioïdes: traitements basés sur la substitution – Recommandations de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), de la Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSAM) et de l'Association des médecins cantonaux de Suisse (AMCS)» d'octobre 2009; b. concernant le traitement avec prescription de buprénorphine: «Dépendance aux opioïdes: traitements basés sur la substitution – Recommandations de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), de la Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSAM) et de l'Association des médecins cantonaux de Suisse (AMCS)» d'octobre 2009;	1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>c. concernant le traitement avec prescription d'héroïne: les dispositions de l'ordonnance du 8 mars 1999 sur la prescription médicale d'héroïne (RS 812.121.6) et les directives et recommandations du manuel de l'OFSP «Traitement avec prescription d'héroïne; directives, recommandations, informations», septembre 2000.</p> <p>2. La substance ou la préparation utilisées doivent figurer sur la liste des médicaments avec tarif (LMT) ou sur la liste des spécialités (LS) dans le groupe thérapeutique (IT) approuvé par Swissmédic.</p> <p>3. Le traitement de substitution comprend les prestations suivantes:</p> <p>a. prestations médicales:</p> <ul style="list-style-type: none"> – examen d'entrée, y compris anamnèse de la dépendance, examen psychique et somatique avec une attention particulière aux troubles liés à la dépendance et ayant causé la dépendance; – demandes d'informations supplémentaires (famille, partenaire, services de traitement précédents); – établissement du diagnostic et de l'indication; – établissement d'un plan thérapeutique; – procédure de demande d'autorisation et établissement de rapports à l'intention de l'assureur-maladie; – mise en oeuvre et exécution du traitement de substitution; – remise surveillée de la substance ou de la préparation, pour autant que celle-ci ne se fasse pas par l'intermédiaire d'un pharmacien; – assurance de la qualité; – traitement des troubles liés à l'usage d'autres substances psychotropes; – évaluation du processus thérapeutique; 	

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> – demandes de renseignements auprès de l'institution en charge de la remise des produits; – réexamen du diagnostic et de l'indication; – adaptation du traitement et correspondance qui en résulte avec les autorités; – établissement de rapports à l'intention des autorités et de l'assureur-maladie; – contrôle de la qualité. <p>b. prestations du pharmacien:</p> <ul style="list-style-type: none"> – fabrication de solutions orales selon la LMT, y compris contrôle de la qualité; – remise surveillée de la substance ou de la préparation; – tenue de la comptabilité concernant les substances actives et établissement de rapports destinés aux autorités; – établissement de rapports à l'intention du médecin responsable; – conseils. <p>4. La prestation doit être fournie par l'institution compétente selon le ch. 1.</p> <p>5. Des rémunérations forfaitaires peuvent être convenues pour le traitement de substitution.</p>	
Sevrage des opiacés ultra-court (SOUC) sous sédation profonde	Non		1.1.2001
Sevrage des opiacés ultra-court (SOUC) sous anesthésie générale	Non	En cours d'évaluation	1.1.1998
Sevrage des opiacés en traitement ambulatoire selon la méthode ESCAPE (Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement)	Non		1.1.1999
Psychothérapie de groupe	Oui	Selon les art. 2 et 3 OPAS.	25.3.1971/ 1.1.1996
Relaxation selon la méthode d'Ajuriaguerra	Oui	Dans le cabinet du médecin ou dans un hôpital sous surveillance directe du médecin.	22.3.1973

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Thérapie par le jeu et la peinture chez l'enfant	Oui	Pratiquée par le médecin ou sous sa surveillance directe.	7.3.1974
Psychodrame	Oui	Selon les art. 2 et 3 OPAS.	13.5.1976/ 1.1.1996
Contrôle de la thérapie par vidéo	Non		16.2.1978
Musicothérapie	Non		11.12.1980
9 Radiologie			
<i>9.1 Radiodiagnostic</i>			
Tomographie axiale computerisée (CT-scan)	Oui	Pas d'examen de routine (screening).	15.11.1979
Ostéodensitométrie – par absorptiométrie double énergie à rayons X (DEXA)	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – Ostéoporose cliniquement manifeste et après une fracture provoquée par un traumatisme minime – Corticothérapie de longue durée ou hypogonadisme – Maladies du système digestif (syndrome de malabsorption [p. ex. en cas de VIH], maladie de Crohn, rectocolite hémorragique) – Hyperparathyroïdie primaire (lorsque l'indication chirurgicale n'est pas nette) – Ostéogenèse imparfaite. Les coûts engendrés par la DEXA ne sont pris en charge que pour l'application de cette mesure à une seule région du corps. Des examens ultérieurs par la DEXA sont uniquement pris en charge en cas de traitement médicamenteux de l'ostéoporose et au maximum tous les deux ans.	1.3.1995 1.1.1999/ 1.7.2010 1.3.1995
– par scanner total du corps	Non		1.3.1995
Ostéodensitométrie par CT périphérique quantitative (pQCT)	Non		1.1.2003/ 1.1.2006
Echographie osseuse	Non		1.1.2003
Méthodes analytiques applicables au tissu osseux:			
– marqueurs de la résorption osseuse	Non	Pour la détection précoce du risque de fractures liés à l'ostéoporose	1.1.2003/ 1.8.2006
– marqueurs de la formation osseuse	Non	Pour la détection précoce du risque de fractures liés à l'ostéoporose	1.1.2003/ 1.8.2006

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Mammographie	Oui	Pour le diagnostic en cas de forte suspi- cion clinique de pathologie mammaire.	1.1.2008
<i>9.2 Autres procédés d'imagerie</i>			
Résonance magnéti- que nucléaire (IRM)	Oui		1.1.1999
Tomographie par émission de positrons (TEP)	Oui	Au moyen de F-2-Fluoro-Deoxy- Glucose (FDG): 1. Dans des centres qui satisfont aux directives administratives du 20 juin 2008 de la Société suisse de médecine nucléaire (SSMN) ¹⁸⁹ . 2. Pour les indications suivantes: a. en cardiologie: – comme mesure préopératoire avant une transplantation car- diaque; b. en oncologie: – selon les directives cliniques de la SSMN du 7 avril 2008 pour TEP au FDG ¹⁹⁰ .	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2011
	Non	Au moyen de F-2-Fluoro-Deoxy- Glucose (FDG), pour les indications suivantes: a. en cardiologie: – en cas de statut documenté après infarctus et suspicion d'«hiberna- tion myocardique» avant une inter- vention (PTCA/ CABG) – pour confirmer ou exclure une ischémie en cas de maladie de plu- sieurs vaisseaux documentée par angiographie ou d'anatomie com- plexe des coronaires, par ex. après une revascularisation ou en cas de suspicion de troubles de la micro- circulation; b. en neurologie: – évaluation préopératoire pour chi- rurgie de revascularisation com- plexe en cas d'ischémie cérébrale – évaluation d'une démence – épilepsie focale résistante à la thé- rapie. Avec d'autres isotopes que le F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG)	1.8.2006/ 1.1.2007/ 1.1.2011

¹⁸⁹ Les directives peuvent être consultées à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

¹⁹⁰ Les directives peuvent être consultées à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Magnéto-encéphalographie	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
<i>9.3 Radiologie interventionnelle et radiothérapie</i>			
Irradiation thérapeutique par faisceau de pions	Non	En cours d'évaluation	1.1.1993
Irradiation thérapeutique par faisceau de protons	Oui	Mélanomes intraoculaires	28.8.1986
Irradiation thérapeutique par faisceau de protons	Oui	En cours d'évaluation Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. Lorsqu'il n'est pas possible de procéder à une irradiation suffisante par faisceau de photons du fait d'une trop grande proximité d'organes sensibles au rayonnement ou du besoin de protection spécifique de l'organisme des enfants et des jeunes. Indications: – tumeurs du crâne (chordome, chondrosarcome, carcinome épidermoïde, adénocarcinome, carcinome adénoïde kystique, lymphoépithéliome, carcinome mucoépidermoïde, esthésioneuroblastome, sarcomes des parties molles et ostéosarcomes, carcinomes non différenciés, tumeurs rares telles que les paragangliomes) – tumeurs du cerveau et des méninges (gliomes de bas grade, 1 ou 2; méningiomes) – tumeurs extra-crâniennes au niveau de la colonne vertébrale, du tronc et des extrémités (sarcomes des tissus mous et de l'os) – tumeurs de l'enfant et de l'adolescent. Exécution à l'Institut Paul Scherrer, Villigen. Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011 jusqu'au 31.12.2011
Radiochirurgie (LINAC, couteau gamma)	Oui	Indications: – neurinome du nerf acoustique – récurrence d'adénome hypophysaire ou de crânio-pharyngiome	1.1.1996

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> – adénome hypophysaire ou crânio-pharyngiome, si l'ablation chirurgicale est impossible – malformation artérioveineuse – méningiome 	
	Non	En cours d'évaluation	1.1.1996
		– Troubles fonctionnels	
Radiochirurgie par LINAC	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – métastases cérébrales d'un volume maximum de 25 cm³ ou d'un diamètre ne dépassant pas 3,5 cm, s'il y a au maximum 3 métastases et que la maladie primaire est bien contrôlée (pas de métastases systémiques démontrables), en cas de douleurs résistant à toute autre thérapie; – tumeurs malignes primaires d'un volume de maximum de 25 cm³ ou ne dépassant pas un diamètre de 3,5 cm, lorsque la localisation de la tumeur ne permet pas de l'opérer. 	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.1.2003
Radiochirurgie par couteau gamma	Non	<ul style="list-style-type: none"> – métastases cérébrales d'un volume maximum de 25 cm³ ou d'un diamètre ne dépassant pas 3,5 cm, s'il y a au maximum 3 métastases et que la maladie primaire est bien contrôlée (pas de métastases systémiques démontrables), en cas de douleurs résistant à toute autre thérapie; – tumeurs malignes primaires d'un volume de maximum de 25 cm³ ou ne dépassant pas un diamètre de 3,5 cm, lorsque la localisation de la tumeur ne permet pas de l'opérer. 	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.4.2003
Implantation de marqueurs en or	Oui	Pour le traitement de la prostate par marquage	1.8.2008
Radiothérapie intersti- tielle sélective (SIRT) recourant à des microsphères en résine chargées en yttrium 90	Oui	En cas de tumeurs hépatiques inopérables et résistantes à la chimiothérapie pour lesquelles une ablation locale n'est pas possible ou est restée sans effet.	1.7.2010
		Réalisation dans un centre hépatobiliaire interdisciplinaire comprenant un service de consultation ad hoc (chirurgie hépatobiliaire spécialisée, radiologie interventionnelle, médecine nucléaire et oncologie médicale).	
Embolisation de fibrome de l'utérus	Oui	En évaluation	1.1.2004/
		Par des spécialistes en radiologie attestant d'une expérience de la technique des radiologies interventionnelles.	1.1.2005/ 1.1.2010/ 1.1.2011
		Installation angiographique moderne.	jusqu'au

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	31.12.2012
10 Médecine complémentaire			
Acupuncture	Oui	Pratiquée par des médecins dont la formation dans cette discipline est reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH)	1.7.1999
Médecine anthroposophique	Non		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Médecine chinoise	Non		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Homéopathie	Non		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Thérapie neurale	Non		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Phytothérapie	Non		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
11 Réadaptation			
Réadaptation hospitalière	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	1.1.2003
Réadaptation des patients souffrant de maladies cardiovasculaires ou de diabète		Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2010
		La réadaptation en cas de diagnostic principal d'une maladie artérielle périphérique (MAP) et de diabète a lieu ambulatoirement. La rééducation cardiovasculaire peut faire l'objet d'un traitement ambulatoire ou hospitalier. En faveur d'un traitement hospitalier: <ul style="list-style-type: none"> – un risque cardiaque élevé – une insuffisance myocardique – une comorbidité (diabète sucré, COPD, etc.). La durée du traitement ambulatoire est de deux à six mois selon l'intensité du traitement requis.	

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>La durée du traitement hospitalier est en règle générale de quatre semaines, mais peut être, dans des cas simples, réduite à deux ou trois semaines.</p> <p>La réadaptation est pratiquée dans une institution dirigée par un médecin. Le déroulement du programme, le personnel et l'infrastructure doivent correspondre aux exigences suivantes:</p> <p>Réadaptation cardiaque: profil indiqué par le Groupe de travail pour la réhabilitation cardiaque de la Société suisse de cardiologie le 29 mars 2001.</p> <p>Réadaptation en cas de MAP: profil indiqué par la Société suisse d'angiologie le 5 mars 2009.</p> <p>Réadaptation en cas de diabète: profil indiqué par la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie le 7 mars 2009.</p> <p>Indications:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients ayant fait un infarctus du myocarde, avec ou sans PTCA - Patients ayant subi un pontage - Patients ayant subi d'autres interventions au niveau du cœur ou des gros vaisseaux - Patients après PTCA, en particulier après une période d'inactivité et/ou présentant de multiples facteurs de risque - Patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique et présentant de multiples facteurs de risque réfractaires à la thérapie mais ayant une bonne espérance de vie - Patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique et d'une mauvaise fonction ventriculaire - Patients souffrant d'un diabète sucré type II (limitation: au maximum une fois en trois ans). 	
	Oui		
	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients souffrant d'une maladie artérielle périphérique (MAP) à partir du stade IIa selon Fontaine. 	1.7.2009 jusqu'au 31.12.2012

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Réadaptation pulmonaire	Oui	<p>Programmes pour patients souffrant de maladies pulmonaires chroniques graves.</p> <p>La thérapie peut être pratiquée en ambulatoire ou dans une institution dirigée par un médecin. Le déroulement du programme, le personnel et l'infrastructure doivent correspondre aux indications formulées en 2003 par la Commission de réadaptation pulmonaire de la Société suisse de pneumologie. Le directeur du programme doit avoir obtenu un certificat de la Commission de réadaptation pulmonaire de la Société suisse de pneumologie.</p> <p>Prise en charge une fois par an au maximum.</p> <p>Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.</p>	1.1.2005

*Annexe 2*¹⁹¹
(art. 20a)

Liste des moyens et appareils (LiMA)

¹⁹¹ Non publiée dans le RO (art. 20a) (voir RO **2009** 2821 6083, **2010** 2755 5837). L'annexe et les modifications peuvent être consultées sur le site Internet de l'office fédéral de la santé publique (OFSP) à l'adresse suivante:
www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Tarifs et prix.

*Annexe 3*¹⁹²
(art. 28)

Liste des analyses

¹⁹² Non publiée dans le RO (art. 28) (voir RO **2009** 1669 3173 6083, **2010** 2755 5837).
L'annexe et les modifications peuvent être consultées sur le site Internet de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) à l'adresse internet suivante:
www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Tarifs et prix.

*Annexe 4*¹⁹³
(art. 29)

Liste des médicaments avec tarif

¹⁹³ Non publiée dans le RO (voir RO **2005** 2875). L'annexe et les modifications peuvent être consultées auprès de l'office fédéral de la santé publique (OFSP) à l'adresse internet suivante
<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06492/06493/index.html?lang=fr>

