

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} juillet 2013)

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI),

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

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;

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

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

⁹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 3 juil. 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} juil. 2009 (RO 2009 2821).

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;
- 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.¹³ moyens et appareils:
 1. les produits du groupe 05. Bandages,
 2. les produits du groupe 09.02.01 Appareils de neurostimulation transcutanée électriques (TENS),
 3. les produits du groupe 16. Articles pour cryothérapie et/ou thermothérapie,
 4. les produits du groupe 23. Orthèses,

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

¹³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 juin 2013, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2013 (RO **2013** 1925).

5. les produits du groupe 34. Matériel de pansements;
- d.¹⁴ examens par imagerie:
1. radiographie du squelette,
 2. scanner (CT) de la colonne vertébrale et des extrémités,
 3. résonance magnétique nucléaire (IRM) du squelette axial et des articulations périphériques,
 4. échographie de diagnostic,
 5. scintigraphie osseuse en trois phases;
- e.¹⁵ prestations de physiothérapie selon l'art. 5.

Section 4¹⁶ 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.

¹⁴ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 10 juil. 2000 (RO 2000 2546). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 juin 2013, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2013 (RO 2013 1925).

¹⁵ 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).

¹⁶ 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:¹⁷

- 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,
 - 10.¹⁸physiothérapie 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.¹⁹

^{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.²⁰

^{1ter} 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.²¹

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 27 oct. 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2010 (RO 2009 6083).

¹⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2009 (RO 2009 2821).

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

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.²²

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.²³

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-invalidité²⁴, 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. 4.²⁵

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.²⁶ elles sont effectuées dans le cadre d'un traitement psychiatrique.

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.²⁷

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

²² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2009 (RO **2009** 2821).

²³ 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).

²⁴ RS **831.20**

²⁵ 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} juil. 2009 (RO **2009** 2821).

²⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1997 (RO **1997** 564).

²⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2009 (RO **2009** 2821).

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.²⁸

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-invalidité²⁹, 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. 4.³⁰

Section 3 Soins ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social³¹

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, LAMal³²).³³

² Les prestations au sens de l'al. 1 comprennent:³⁴

- a.³⁵ l'évaluation, les conseils et la coordination;³⁶

²⁸ 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).

²⁹ RS 831.20

³⁰ 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} juil. 2009 (RO 2009 2821).

³¹ 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).

³² RS 832.10

³³ 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).

³⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2007 (RO 2006 5769).

³⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2007 (RO 2006 5769).

³⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2011 6487).

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,
 - 3.³⁷ coordination des mesures et dispositions par des infirmières et infirmiers spécialisés en lien avec des complications dans des situations de soins complexes et instables;
- 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,
 - 7.³⁸ préparation et administration de médicaments ainsi que documentation des activités qui leur sont associées,
 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,
 - 13.³⁹ 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,

³⁷ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2011 6487).

³⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2011 6487).

³⁹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2007 (RO 2006 5769).

14.⁴⁰ 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 traitement; 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,

2.⁴¹ 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} Les conditions suivantes doivent être remplies:

a. les prestations visées à l'al. 2, let. a, ch. 3, doivent être fournies par une infirmière ou un infirmier (art. 49 OAMal) pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans la collaboration interdisciplinaire et la gestion des patients dans des réseaux;

b. 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 l'al. 2, let. b, ch. 13 et 14, et c, ch. 2, doivent être prises.⁴²

^{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.⁴³

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.⁴⁴

⁴⁰ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2007 (RO 2006 5769).

⁴¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2007 (RO 2006 5769).

⁴² Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006 (RO 2006 5769). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2011 6487).

⁴³ 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).

⁴⁴ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 3 juil. 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).

Art. 7a⁴⁵ 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:

- 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^{ter}, 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. 7b⁴⁶ 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.

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 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).

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 LAMal⁴⁷.

Art. 8⁴⁸ 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.

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.⁴⁹

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.⁵⁰

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.⁵¹

^{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.

⁴⁷ RS 832.10

⁴⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 3 juil. 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2039).

⁴⁹ 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).

⁵⁰ 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).

⁵¹ 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).

Une prescription ou un mandat médical doit être établi à la suite de la révision de l'allocation pour impotent.⁵²

⁷ La prescription ou le mandat médical, selon l'al. 6, let. a et b, peuvent être renouvelés.⁵³

Art. 8a⁵⁴ 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.

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 LAMal⁵⁵) 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. 9⁵⁶ 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. 9a⁵⁷

⁵² 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).

⁵³ 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).

⁵⁴ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 3 juil. 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).

⁵⁵ RS **832.10**

⁵⁶ 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).

⁵⁷ 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).

Section 3a⁵⁸ Conseils nutritionnels

Art. 9b⁵⁹

¹ Les diététiciens et les organisations de diététique, au sens des art. 46, 50a et 52b OAMal, prodiguent, sur prescription ou sur mandat médical, des conseils diététiques aux assurés qui souffrent des maladies suivantes:⁶⁰

- a.⁶¹ 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.

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 3b⁶² 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);

⁵⁸ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 1997 (RO 1997 564).

⁵⁹ Anciennement art. 9a.

⁶⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 16 oct. 2012, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2013 (RO 2012 5829).

⁶¹ 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).

⁶² 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).

- 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.⁶³

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:

- 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.

⁶³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2003 (RO 2002 4253).

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.⁶⁴

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. 12⁶⁵ Principe

L'assurance prend en charge les mesures médicales de prévention suivantes (art. 26 LAMal⁶⁶):

- 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);
- 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. 12a⁶⁷ Vaccinations prophylactiques

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

⁶⁴ Nouvelle teneur de la phrase selon le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1997 (RO **1997** 564).

⁶⁵ 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).

⁶⁶ RS **832.10**

⁶⁷ 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 10 juin 2013, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2013 (RO **2013** 1925).

Mesure	Conditions
a. Vaccination et rappels contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite; vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole	<p>Selon le «Plan de vaccination suisse 2013» (Plan de vaccination 2013⁶⁸) établi par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV)</p> <p>Du 1.1.2013 au 31.12.2015, aucune franchise n'est prélevée pour la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole des personnes nées après le 31.12.1963.</p>
b. Vaccination contre Haemophilus influenzae	Pour les enfants jusqu'à l'âge de cinq ans, selon le Plan de vaccination 2013.
c. Vaccination contre l'influenza	<p>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 25/2010⁶⁹).</p> <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'influenza).</p> <p>Aucune franchise n'est prélevée pour cette prestation. Une somme forfaitaire est accordée pour la vaccination (vaccin compris).</p>
d. Vaccination contre l'hépatite B	<p>1. Pour les nouveau-nés de mères HBsAg-positives et les personnes exposées à un risque de contamination.</p> <p>En cas d'indication professionnelle, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.</p>

⁶⁸ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

⁶⁹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

Mesure	Conditions
	2. Vaccination selon les recommandations établies en 1997 par l'OFSP et la CFV (Supplément du Bulletin de l'OFSP 5/98 ⁷⁰ et Complément du Bulletin 36/98) ⁷¹ et selon le Plan de vaccination 2013.
e. Vaccination passive avec Hépatites B-Immunoglobuline	Pour les nouveau-nés de mères HbsAg-positives.
f. Vaccination contre les pneumocoques	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 2013. 2. Avec le vaccin conjugué: enfants de moins de cinq ans, selon le Plan de vaccination 2013.
g. Vaccination contre les méningocoques	Selon le Plan de vaccination 2013. Les coûts ne sont pris en charge que pour les vaccinations effectuées à l'aide de vaccins autorisés pour le groupe d'âge concerné. En cas d'indication professionnelle et de recommandation médicale aux voyageurs, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.
h. 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 ⁷²).

⁷⁰ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

⁷¹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

⁷² Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

Mesure	Conditions
i. Vaccination contre l'encéphalite à tiques (FSME)	Selon le Plan de vaccination 2013. En cas d'indication professionnelle, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.
j. Vaccination contre la varicelle	Selon le Plan de vaccination 2013.
k. 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 25/2007⁷³): <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 2017. 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.

⁷³ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

Mesure	Conditions
l. Vaccination contre l'hépatite A	<p>Selon le Plan de vaccination 2013.</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>
m. 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. 12^{b74} 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.

⁷⁴ 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. ⁷⁵ Prophylaxie VIH post-exposition	Selon les recommandations de l'OFSP du 4 septembre 2006 (Bulletin de l'OFSP n° 36, 2006). En cas d'indication professionnelle, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.
d. ⁷⁶ 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) ⁷⁷ . En cas d'indication professionnelle, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.
e. ⁷⁸ Mastectomie et/ou adnexectomie prophylactique	Chez les porteuses d'une mutation ou d'une délétion sur le gène BRCA1 ou BRCA2.

Art. 12c⁷⁹ 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.

⁷⁵ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009 (RO 2009 2821). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 31 mai 2011, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2011 (RO 2011 2669).

⁷⁶ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009 (RO 2009 2821). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 31 mai 2011, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2011 (RO 2011 2669).

⁷⁷ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

⁷⁸ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011 (RO 2011 6487). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 12 juin 2012, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2012 (RO 2012 3553).

⁷⁹ 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).

Art. 12^d⁸⁰ 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:

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. ⁸¹ 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).

⁸⁰ 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).

⁸¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 14 juin 2010, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2010 (RO **2010** 2755).

Mesure	Conditions
e. Test de contracture musculaire in vitro concernant la détection d'une prédisposition pour l'hyperthermie maligne	<p>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.</p> <p>Dans un centre reconnu par le European Malignant Hyperthermia Group.</p>
f. ⁸² 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 polytopic colon cancer) – un rétinoblastome. <p>Par des médecins spécialisés en génétique médicale ou par des membres du «Network for Cancer Predisposition Testing and Counseling» du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer (SAKK) pouvant prouver leur collaboration technique avec un médecin spécialisé en génétique médicale.</p>

Art. 12^{e83} 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:

⁸² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2011 6487).

⁸³ 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. ⁸⁴ Dépistage de: phénylcétonurie, galactosémie, déficit en biotinidase, syndrome adrénogénital, hypothyroïdie congénitale, déficit en acyl-CoA medium-chain-déhydrogénase (MCAD), fibrose kystique.	<p>Pour les nouveau-nés.</p> <p>Analyses de laboratoire selon la liste des analyses (LA).</p> <p>Les coûts de l'analyse relative à la fibrose kystique ne sont pris en charge que si l'autorisation mentionnée à l'art. 12 de la loi fédérale du 8 octobre 2004 sur l'analyse génétique humaine⁸⁵ a été délivrée. Cette prise en charge est limitée au 31 décembre 2013.</p>
b. Examen gynécologique, y compris les prélèvements de dépistage cytologiques cervico-vaginaux	<p>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.</p>
c. ⁸⁶ Mammographie de dépistage	<p>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 mammographie⁸⁷. Aucune franchise n'est prélevée sur cette prestation.</p>
d. ⁸⁸ Dépistage du cancer du colon	<p>Tranche d'âge de 50 à 69 ans</p> <p>Méthodes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – analyse visant à détecter la présence de sang occulte dans les selles, tous les deux ans, analyses de laboratoire selon la liste des analyses (LA), coloscopie en cas de résultat positif, ou – coloscopie, tous les dix ans.

⁸⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 15 nov. 2012, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2013 (RO 2012 6587).

⁸⁵ RS 810.12

⁸⁶ 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).

⁸⁷ RS 832.102.4

⁸⁸ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 10 juin 2013, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2013 (RO 2013 1925).

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, LAMal⁸⁹):

Mesure	Conditions
a. contrôles	
1. ⁹⁰ 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 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. ⁹¹ 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	<p>Après un entretien approfondi d'explication et de conseil qui doit être consigné.</p> <p>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).</p>

⁸⁹ RS **832.10**

⁹⁰ 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).

⁹¹ 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).

Mesure	Conditions
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. ⁹² examen pré-partum au moyen de la cardiocotographie	lors d'une grossesse à risque
d. ⁹³ amniocentèse, prélèvement des villosités choriales	après un entretien approfondi qui doit être consigné pour: – les femmes qui seront âgées de plus de 35 ans (âge révolu à la date présumée du terme de la grossesse) – 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).
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, LAMa⁹⁴) sont à la charge de l'assurance lorsqu'ils sont prodigués par une sage-femme ou par une infirmière ou un infirmier ayant suivi une formation spéciale dans ce domaine.⁹⁵

² Le remboursement est limité à trois séances.

⁹² 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).

⁹³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 juin 2013, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2013 (RO **2013** 1925).

⁹⁴ RS **832.10**

⁹⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO **2011** 6487).

Art. 16⁹⁶ 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.

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, LAMal⁹⁷):

- 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;

⁹⁶ 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).

⁹⁷ RS 832.10

- 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-sinuale;
- 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 maladies⁹⁸

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, LAMal⁹⁹):

- a.¹⁰⁰ 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,

⁹⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO 1998 2923).

⁹⁹ RS 832.10

¹⁰⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO 1998 2923).

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.¹⁰¹ ...

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.¹⁰²

Art. 19¹⁰³ 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, LAMal¹⁰⁴):

- 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. 19a¹⁰⁵ 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:¹⁰⁶

- a. les traitements sont nécessaires après la 20^e année;

¹⁰¹ Abrogée par le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998, avec effet au 1^{er} janv. 1999 (RO **1998** 2923).

¹⁰² Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2002 (RO **2002** 3013, **2005** 5021).

¹⁰³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO **1998** 2923).

¹⁰⁴ RS **832.10**

¹⁰⁵ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1997 (RO **1997** 564).

¹⁰⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 4 juil. 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO **1997** 2697).

- b. les traitements sont nécessaires avant la 20^e année pour un assuré soumis à la LAMal¹⁰⁷ 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);
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;
- 16.¹⁰⁸ proboscis lateralis;
- 17.¹⁰⁹ 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;

¹⁰⁷ RS **832.10**

¹⁰⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO **1998** 2923).

¹⁰⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO **1998** 2923).

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,
 - 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;
- 28.¹¹⁰ 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.¹¹¹ 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

¹¹⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 2001, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO 2001 2150).

¹¹¹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998 (RO 1998 2923). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 2001, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO 2001 2150).

- 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 hérédito-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;
 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. 20¹¹² 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.

Art. 20a¹¹³ 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, LAMal¹¹⁴ 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 au Recueil officiel du droit fédéral (RO) ni au Recueil systématique du droit fédéral (RS). Les modifications sont mises en ligne sur le site Internet de l'OFSP¹¹⁵. Une liste globale paraît en principe une fois par an^{116,117}

¹¹² 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).

¹¹³ 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).

¹¹⁴ RS 832.10

¹¹⁵ www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Tarifs et prix > Liste des moyens et appareils

¹¹⁶ La liste peut être obtenue auprès de l'Office fédéral des constructions et de la logistique (OFCL), Vente des publications fédérales, 3003 Berne

¹¹⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO 2011 6487).

Art. 21¹¹⁸ 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.

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.

¹¹⁸ 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).

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. 28**¹¹⁹

¹ La liste mentionnée à l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 1, LAMal¹²⁰, fait partie intégrante de la présente ordonnance, dont elle constitue l'annexe 3 intitulée «Liste des analyses» («LAna»).¹²¹

² La liste des analyses n'est pas publiée au RO ni au RS. Les modifications sont mises en ligne sur le site Internet de l'OFSP¹²². Une liste globale paraît en principe une fois par an^{123, 124}.

¹¹⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 3 juil. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} oct. 1996 (RO **1996** 2430).

¹²⁰ RS **832.10**

¹²¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 juil. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO **2000** 2546).

¹²² www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Tarifs et prix > Liste des analyses

¹²³ La liste peut être obtenue auprès de l'Office fédéral des constructions et de la logistique (OFCL), Vente des publications fédérales, 3003 Berne

¹²⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO **2011** 6487).

Section 2 Liste des médicaments avec tarif

Art. 29¹²⁵

¹ La liste prévue à l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 2, LAMal¹²⁶, 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^{127, 128}

Section 3 Liste des spécialités

Art. 30 Principe

¹ Un médicament peut être admis sur la liste des spécialités:¹²⁹

- a.¹³⁰ lorsque la preuve de son efficacité, de sa valeur thérapeutique et de son caractère économique est établie;
- b.¹³¹ lorsqu'il est autorisé par l'Institut suisse des produits thérapeutiques, Swissmedic.

² ...¹³²

Art. 30a¹³³ 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;

¹²⁵ 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).

¹²⁶ RS **832.10**

¹²⁷ 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: www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06492/06493/index.html?lang=fr

¹²⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2002 (RO **2002** 3013).

¹²⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2002 (RO **2002** 3013).

¹³⁰ 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).

¹³¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2002 (RO **2002** 3013).

¹³² Abrogé par le ch. II 2 de l'O du DFI du 26 oct. 2001, avec effet au 1^{er} janv. 2002 (RO **2001** 3397).

¹³³ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2002 (RO **2002** 3013). Voir aussi les disp. trans. de la mod. du 21 mars 2012 à la fin du texte.

- b^{bis}.¹³⁴ 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.¹³⁵ ...

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. 31¹³⁶ Procédure d'admission

¹ L'OFSP¹³⁷ soumet les demandes d'admission dans la liste des spécialités à la Commission fédérale des médicaments (CFM).

² Il lui soumet les documents visés à l'art. 30a lorsqu'elle siège. Il peut lui transmettre d'autres documents utiles.

³ La CFM 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.

⁴ L'OFSP peut traiter les demandes d'admission suivantes sans les soumettre à la CFM:

- a. les nouvelles formes galéniques, les nouvelles tailles d'emballage ou les nouveaux dosages de médicaments qui figurent déjà sur la liste des spécialités, sans changements d'indications;

¹³⁴ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006, en vigueur depuis le 10 mai 2006 (RO **2006** 1757).

¹³⁵ Abrogée par le ch. I de l'O du DFI du 8 mai 2013, avec effet au 1^{er} juin 2013 (RO **2013** 1357).

¹³⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 8 mai 2013, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2013 (RO **2013** 1357).

¹³⁷ 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 mod. dans tout le texte.

- b. les médicaments qui ont fait l'objet d'une demande d'un deuxième requérant auprès de Swissmedic conformément à l'art. 12 de la loi du 15 décembre 2000 sur les produits thérapeutiques¹³⁸ et dont la préparation originale figure déjà sur la liste des spécialités;
- c. les médicaments en co-marketing dont la préparation de base figure déjà sur la liste des spécialités.

⁵ S'il reçoit une demande d'admission dans la liste des spécialités contenant le préavis de Swissmedic visé à l'art. 30a, al. 1, let. a, et l'ensemble des documents nécessaires, l'OFSP se prononce en règle générale dans les 60 jours suivant la date où Swissmedic a définitivement autorisé la mise sur le marché du médicament en question.

Art. 31a¹³⁹ Procédure rapide d'admission

¹ Si Swissmedic a accepté une procédure rapide d'autorisation au sens de l'art. 5 de l'ordonnance du 17 octobre 2001 sur les médicaments¹⁴⁰, l'OFSP lance une procédure rapide d'admission.

² Dans la procédure rapide d'admission, une demande peut être déposée au plus tard 20 jours avant la séance de la CFM au cours de laquelle la demande doit être traitée.

Art. 32¹⁴¹ 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. 33¹⁴² 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.¹⁴³

¹³⁸ RS 812.21

¹³⁹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002 (RO 2002 3013). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 8 mai 2013, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2013 (RO 2013 1357).

¹⁴⁰ RS 812.212.21

¹⁴¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2002 (RO 2002 3013).

¹⁴² 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).

¹⁴³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2002 (RO 2002 3013).

Art. 34 Caractère économique1 ...¹⁴⁴

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

- a. son prix de fabrique 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 équitable.¹⁴⁵

3 ...¹⁴⁶**Art. 35**¹⁴⁷ Comparaison avec le prix à l'étranger

¹ En règle générale, le prix de fabrique d'un médicament ne dépasse pas, après déduction de la taxe sur la valeur ajoutée, la moyenne des prix de fabrique 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 fabrique 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.¹⁴⁸

³ Le titulaire de l'autorisation communique à l'OFSP le prix de fabrique dans les pays mentionnés à l'al. 2. Il le calcule en se basant sur les règlements formulés par les autorités compétentes ou les associations et le fait attester par une autorité compétente ou par une association. Le prix de fabrique est converti en francs suisses au cours de change moyen calculé par l'OFSP sur 12 mois.¹⁴⁹

¹⁴⁴ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 1^{er} juil. 2009, avec effet au 1^{er} oct. 2009 (RO **2009** 4251).

¹⁴⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2002 (RO **2002** 3013).

¹⁴⁶ 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} juil. 2009, avec effet au 1^{er} oct. 2009 (RO **2009** 4251).

¹⁴⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2002 (RO **2002** 3013).

¹⁴⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1^{er} juil. 2009, en vigueur depuis le 1^{er} oct. 2009 (RO **2009** 4251).

¹⁴⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 21 mars 2012, en vigueur depuis le 1^{er} mai 2012 (RO **2012** 1769).

Art. 35a¹⁵⁰ Part relative à la distribution

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

- 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. 35b¹⁵¹ 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 L'al. 1 ne s'applique pas aux préparations originales dont le prix a été réexaminé en raison d'une extension de l'indication ou d'une modification ou suppression de la limitation depuis le dernier examen des conditions d'admission conformément à l'art. 65f, al. 2, 2^e phrase, OAMal. L'OFSP procède au réexamen des conditions d'admission de ces préparations originales trois ans après le réexamen du prix effec-

¹⁵⁰ 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} juil. 2009, en vigueur depuis le 1^{er} oct. 2009 (RO 2009 4251).

¹⁵¹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 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. des mod. du 30 juin 2010 et du 21 mars 2012 à la fin du texte.

tué en raison d'une extension de l'indication ou d'une modification ou suppression de la limitation.¹⁵²

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 fabrication 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;
- 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. 4, let. a, le titulaire de l'autorisation 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 12 derniers mois. L'OFSP peut exiger les chiffres en question.¹⁵³

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

7 ...¹⁵⁴

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

9 ...¹⁵⁵

¹⁰ Dans le cadre du réexamen visé à l'al. 1, les génériques sont réputés économiques si leur prix de fabrication est inférieur aux prix de fabrication moyens des préparations originales correspondantes en vigueur à l'étranger le 1^{er} avril de l'année du réexamen, plus précisément:

- a. s'il leur est inférieur d'au moins 10 % et qu'ils satisfaisaient aux exigences de l'art. 65c, al. 2, let. a, OAMal lors de leur admission dans la liste des spécialités;

¹⁵² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 8 mai 2013, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2013 (RO **2013** 1357).

¹⁵³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 21 mars 2012, en vigueur depuis le 1^{er} mai 2012 (RO **2012** 1769).

¹⁵⁴ Ne s'applique pas du 1^{er} mai 2012 au 31 déc. 2014 (RO **2012** 1769, ch. III al. 3).

¹⁵⁵ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 21 mars 2012, avec effet au 1^{er} mai 2012 (RO **2012** 1769).

- b. s'il leur est inférieur d'au moins 20 % dans tous les autres cas.¹⁵⁶

Art. 35c¹⁵⁷ 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;
- 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, et avant le 1^{er} novembre de l'année du réexamen, le prix de fabrique de sa préparation originale au niveau du prix moyen des pays de référence énumérés à l'art. 35, al. 2, il communique à l'OFSP ces prix moyens au moment de la demande de baisse volontaire de prix. Si cette baisse a lieu au cours des 18 premiers mois suivant l'admission d'une préparation originale dans la liste des spécialités, le titulaire de l'autorisation n'est pas tenu de rembourser l'excédent de recettes.¹⁵⁸

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 LAMal¹⁵⁹.

Art. 36¹⁶⁰ Evaluation du caractère économique au cours des 15 premières années¹⁶¹

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.¹⁶²

¹⁵⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 8 mai 2013, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2013 (RO 2013 1357).

¹⁵⁷ 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 texte.

¹⁵⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 21 mars 2012, en vigueur depuis le 1^{er} mai 2012 (RO 2012 1769).

¹⁵⁹ RS 832.10

¹⁶⁰ Voir aussi les disp. trans. de la mod. du 21 mars 2012 à la fin du texte.

¹⁶¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006, en vigueur depuis le 10 mai 2006 (RO 2006 1757).

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

³ La CFM 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.¹⁶³

Art. 37¹⁶⁴ 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.

Art. 37a¹⁶⁵

Art. 37b¹⁶⁶ Extension des indications ou modification de la limitation

¹ Pour le réexamen d'une préparation originale en raison d'une nouvelle indication au sens de l'art. 65f OAMal, le titulaire de l'autorisation doit fournir à l'OFSP:

- a. la décision d'autorisation;
- b. l'attestation de l'autorisation;
- c. la version définitive de la notice destinée aux professions médicales;
- d. les documents visés à l'art. 30a, al. 1, let. b^{bis} à f, et 2.

² Pour le réexamen d'une préparation originale en raison de la modification ou de la suppression d'une limitation au sens de l'art. 65f OAMal, le titulaire de l'autorisation doit fournir à l'OFSP les documents visés à l'art. 30a, al. 1, let. a à f, et 2.

Art. 37c¹⁶⁷

¹⁶² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006, en vigueur depuis le 10 mai 2006 (RO 2006 1757).

¹⁶³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 8 mai 2013, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2013 (RO 2013 1357).

¹⁶⁴ 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 la mod. du 21 mars 2012 à la fin du texte.

¹⁶⁵ 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).

¹⁶⁶ 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 8 mai 2013, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2013 (RO 2013 1357).

¹⁶⁷ 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).

Art. 37d¹⁶⁸ 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 doit aussi être traitée de manière rapide par l'OFSP, l'émolument s'élève à 2400 francs.¹⁶⁹

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.¹⁷⁰

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.

Section 4¹⁷¹ Quote-part des médicaments**Art. 38a**¹⁷²

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

¹⁶⁸ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006, en vigueur depuis le 10 mai 2006 (RO 2006 1757).

¹⁶⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2002 (RO 2002 3013).

¹⁷⁰ 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).

¹⁷¹ 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).

¹⁷² 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 texte.

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 1 ...

Art. 39¹⁷³

Chapitre 2 Ecoles de chiropratique

Art. 40¹⁷⁴

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 étrangères¹⁷⁵.

¹⁷³ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, avec effet au 1^{er} juil. 2002 (RO **2002** 3013).

¹⁷⁴ 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, en vigueur depuis le 1^{er} sept. 2007 (RO **2007** 4085).

¹⁷⁵ RS **811.115.4**

Chapitre 3 ...

Art. 41¹⁷⁶

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 ...¹⁷⁷

Art. 43¹⁷⁸ 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.¹⁷⁹

¹⁷⁶ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 29 juin 1999, avec effet au 1^{er} janv. 2000 (RO 1999 2517).

¹⁷⁷ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 4 avril 2007, avec effet au 1^{er} avril 2007 (RO 2007 1367).

¹⁷⁸ 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 mod. à la fin du texte.

¹⁷⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 4 avril 2007, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2007 (RO 2007 1367).

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).¹⁸⁰

Titre 3 Dispositions finales

Art. 44 Abrogation du droit en vigueur

Sont abrogées:

- a. l'ordonnance 2 du DFI du 16 février 1965¹⁸¹ 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 1965¹⁸² 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 1965¹⁸³ sur l'assurance-maladie concernant la reconnaissance et la surveillance des préventoriiums admis à recevoir des assurés mineurs;
- d. l'ordonnance 6 du DFI du 10 décembre 1965¹⁸⁴ sur l'assurance-maladie concernant les instituts de chiropratique reconnus;
- e. l'ordonnance 7 du DFI du 13 décembre 1965¹⁸⁵ 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 1985¹⁸⁶ sur l'assurance-maladie concernant les traitements psychothérapeutiques à la charge des caisses-maladie reconnues;
- g. l'ordonnance 9 du DFI du 18 décembre 1990¹⁸⁷ 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 1968¹⁸⁸ sur l'assurance-maladie concernant l'admission des médicaments sur la liste des spécialités;

¹⁸⁰ Voir aussi les disp. fin. de la mod. du 4 avril 2007 à la fin du texte.

¹⁸¹ [RO 1965 131, 1970 949, 1971 1719, 1986 1487 ch. II]

¹⁸² [RO 1965 429, 1968 1052, 1974 688, 1986 891]

¹⁸³ [RO 1965 619, 1986 1487 ch. II]

¹⁸⁴ [RO 1965 1211, 1986 1487 ch. II, 1988 973]

¹⁸⁵ [RO 1965 1213, 1968 838, 1971 1258, 1986 1487 ch. II, 1988 2012, 1993 349, 1995 890]

¹⁸⁶ [RO 1986 87]

¹⁸⁷ [RO 1991 519, 1995 891]

¹⁸⁸ [RO 1968 1543, 1986 1487]

- i. l'ordonnance du DFI du 28 décembre 1989¹⁸⁹ sur les médicaments obligatoirement pris en charge par les caisses-maladie reconnues;
- k. l'ordonnance du DFI du 23 décembre 1988¹⁹⁰ sur les analyses obligatoirement prises en charge par les caisses-maladie reconnues.

Art. 45¹⁹¹**Art. 46** Entrée en vigueur¹⁹²

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

² ...¹⁹³

³ ...¹⁹⁴

Disposition finale de la modification du 17 novembre 2003¹⁹⁵

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»)¹⁹⁶.

Dispositions finales de la modification du 3 juillet 2006¹⁹⁷

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^{198,199}

¹⁸⁹ [RO 1990 127, 1991 959, 1994 765]

¹⁹⁰ [RO 1989 374, 1995 750 3688]

¹⁹¹ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000, avec effet au 1^{er} janv. 2001 (RO 2000 3088).

¹⁹² 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).

¹⁹³ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 15 janv. 1996, avec effet au 1^{er} mai 1996 (RO 1996 909).

¹⁹⁴ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 26 fév. 1996, avec effet au 1^{er} juin 1996 (RO 1996 1232).

¹⁹⁵ RO 2003 5283

¹⁹⁶ Ce règlement n'est publié ni au RO ni au RS. Il peut être consulté à l'Office fédéral des assurances sociales, Effingerstrasse 20, 3003 Berne.

¹⁹⁷ RO 2006 2957

¹⁹⁸ RO 2006 23

¹⁹⁹ En vigueur depuis le 1^{er} juil. 2006.

2 ...200

Dispositions finales de la modification du 4 avril 2007²⁰¹

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 2007²⁰².

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.

Dispositions transitoires de la modification du 19 septembre 2007²⁰³

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 interchangeable.

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.

²⁰⁰ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, avec effet au 1^{er} janv. 2012 (RO **2011** 6487).

²⁰¹ RO **2007** 1367

²⁰² Cette mod. entre en vigueur le 1^{er} avril 2007.

²⁰³ RO **2007** 4443

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 2010²⁰⁴

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 fabrication 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 fabrication 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 2011²⁰⁵

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 fabrication, 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.

Dispositions transitoires de la modification du 21 mars 2012²⁰⁶

¹ Lors du réexamen des conditions d'admission selon l'art. 35*b*, le titulaire de l'autorisation peut demander qu'une marge de tolérance soit ajoutée au prix de fabrication moyen pratiqué dans les pays de référence selon l'art. 35, al. 2.

²⁰⁴ RO 2010 3249

²⁰⁵ RO 2011 657

²⁰⁶ Applicable du 1^{er} mai 2012 au 31 déc. 2014 (RO 2012 1769, ch. III al. 2).

² La marge de tolérance s'élève à 5 %. Si le taux de change, déterminant au moment du réexamen, du franc suisse par rapport à l'euro est supérieur au taux de change moyen calculé pour la période allant du 1^{er} février 2011 au 31 janvier 2012, la marge de tolérance de 5 % diminue d'un point de pourcentage pour chaque 1,3 centime. Cette marge ne peut toutefois pas être inférieure à 3 %.

³ La demande visant à inclure une marge de tolérance doit être déposée au plus tard le 31 mai de l'année du réexamen. La baisse du prix de fabrique d'une préparation originale est effectuée par l'OFSP et prend effet le 1^{er} novembre de l'année du réexamen.

⁴ Le taux de change moyen calculé entre le 1^{er} février 2011 et le 31 janvier 2012 est déterminant pour les demandes d'admission d'un médicament dans la liste des spécialités conformément à l'art. 30a, pour les admissions de nouvelles tailles d'emballage ou de nouveaux dosages, pour les demandes d'augmentation de prix conformément à l'art. 36 et pour les réexamens de prix en vertu des art. 35c, al. 6, 37 et 37b et de l'art. 66a OAMal déposés par le titulaire de l'autorisation entre le 1^{er} novembre 2011 et le 31 juillet 2012.

*Annexe I*²⁰⁷
(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.

²⁰⁷ 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 juil. 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), le ch. II al. 1 des O du DFI du 2 déc. 2010 (RO **2010** 5837), du 31 mai 2011 (RO **2011** 2669), du 5 déc. 2011 (RO **2011** 6487), du 12 juin 2012 (RO **2012** 3553), du 15 nov. 2012 (RO **2012** 6587) et du 10 juin 2013, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2013 (RO **2013** 1925).

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 la 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

Mesure	Obligatoirement 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; angiocardiographie, 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 artificielle, prothèse comprise; pose d'un stimulateur cardiaque, appareil compris.	1.9.1967
Système de stabilisation 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 méthode: – 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 peropératoire 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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement chirurgical de l'adiposité	Oui	<p>Le patient présente un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 35.</p> <p>Un traitement amaigrissant approprié de deux ans est resté sans effet.</p> <p>Pose de l'indication, réalisation, assurance de la qualité et contrôle de suivi, comme prévu dans le document «Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht» du «Swiss Study Group for Morbid Obesity» (SMOB) en date du 9.11.2010²⁰⁸.</p> <p>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 traitement chirurgical de l'adiposité. Les centres certifiés par le SMOB sont réputés satisfaire à ces conditions.</p> <p>Si l'intervention doit se dérouler dans un centre non certifié par le SMOB, le médecin-conseil devra donner son accord préalable.</p>	<p>1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011</p>
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
Traitement des varices par ablation mécano-chimique endoveineuse de type Clarivein®	Non		1.7.2013

²⁰⁸ 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
<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 ²⁰⁹ et à l'art. 12 de l'ordonnance du 16 mars 2007 sur la transplanta- tion ²¹⁰ . 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 idio- pathique, 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: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève en collaboration avec le Centre hospitalier universitaire vaudois, si les centres partici- pent au registre de SwissTransplant.	1.1.2003
Transplantation cœur-poumon	Non		31.8.1989/ 1.4.1994
Transplantation isolée du foie	Oui	Exécution dans un centre qui dispose de l'infrastructure nécessaire et de l'expérience adéquate («fréquence minima- le»: en moyenne dix transplan- tations de foie par année).	31.8.1989/ 1.3.1995

209 RS 810.21

210 RS 810.211

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Transplantation du foie d'un donneur vivant	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève, si les centres participent au registre de Swisstransplant. 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.	1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.2008/ 1.1.2012
Transplantation simultanée du pancréas et du rein	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève, si le centre partici- pe au registre de Swiss Trans- plant.	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 partici- pent au registre de Swisstrans- plant.	1.7.2010
Transplantation isolée du pancréas	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres partici- pent au registre de Swisstrans- plant.	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 partici- pent au registre de Swisstrans- plant.	1.7.2010
Transplantation d'îlots de Langer- hans après une transplantation du rein	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres partici- pent au registre de Swisstrans- plant.	1.7.2010

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Allotransplantation isolée d'îlots de Langerhans	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres partici- pent au registre de Swisstrans- plant.	1.7.2002/ 1.7.2010
Autotransplantation isolée d'îlots de Langerhans	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres partici- pent au registre de Swisstrans- plant.	1.7.2002/ 1.7.2010
Transplantation isolée de l'intestin grêle	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres partici- pent au registre de Swisstrans- plant.	1.7.2002/ 1.7.2010
Transplantation de l'intestin grêle et du foie et trans- plantation multivis- cérale	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres partici- pent au registre de Swisstrans- plant.	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 corpo- relle totale. Enfants: – brûlures à 50 % ou plus de la surface corporelle totale; – brûlures profondes à 40 % ou plus de la surface corpo- relle totale.	1.1.1997/ 1.1.2001

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement de plaies difficilement guérissables au moyen d'une greffe de peau issue d'une culture	Oui	<p>Equivalents de peau autogènes ou allogènes autorisés selon les prescriptions légales.</p> <p>Après un traitement conservateur approprié qui a échoué.</p> <p>Pose de l'indication et sélection de la méthode ou du produit selon les directives du 1^{er} avril 2011 sur l'utilisation des équivalents de peau en cas de plaies difficilement guérissables²¹¹, émises par la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies.</p> <p>Dans des centres reconnus par la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies.</p> <p>Si le traitement doit se dérouler dans un centre non reconnu par la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies, le médecin-conseil devra donner son accord préalable.</p>	<p>1.1.2001/ 1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.4.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2008/ 1.8.2008/ 1.1.2012</p>
1.3 <i>Orthopédie, traumatologie</i> Traitement des défauts de posture	Oui	<p>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.</p>	16.1.1969

²¹¹ 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 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 iodoforme	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
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	Fractures récentes, douloureuses, du corps vertébral qui ne répondent pas au traitement analgésique et qui montrent une déformation ayant besoin d'être corrigée.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>Indications selon les lignes directrices du 23.9.2004 de la Société suisse de chirurgie spinale²¹².</p> <p>L'opération doit être exécutée par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens reconnus 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 reconnu 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>	
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		3.12.1981/ 1.1.2012
Lithotripsie rénale extra corporelle par ondes de choc (ESWL), fragmentation des calculs rénaux	Oui	<p>Indications</p> <p>L'ESWL est indiquée lorsque le traitement 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</p> <p>a. lithiases du bassinnet; b. lithiases calicielles; c. lithiases de l'uretère.</p>	22.8.1985/ 1.8.2006

²¹² 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
		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).	
Traitement chirurgical des troubles de l'érection			
– Prothèses péniennes	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 varicocèle			
– 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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Electroneuromodu- lation 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 préalable- ment 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 dyna- mique 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.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008
Traitement de l'incontinence urinaire par injec- tion cystoscopique de toxine botulique de type A dans la paroi vésicale	Oui	Traitement de l'incontinence urinaire causée par l'hyperactivité neurogène du détrusor associée à une affec- tion neurologique chez l'adulte Après épuisement des options de thérapie conservatrice Ne peut être effectué que dans une institution spécialisée en neuro-urologie et disposant d'une unité d'urodynamique	1.1.2007/ 1.8.2008/ 1.7.2013

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	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 carcinome de la prostate	Non		1.7.2009
Vaporisation transurétrale photosélective de la prostate par laser (VPP)	Oui	Symptômes du syndrome d'obstruction prostatique.	1.7.2011

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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	<ul style="list-style-type: none"> – lésions actiniques chroniques ou tardives; – ostéomyélite aiguë de la mâchoire; – ostéomyélite chronique; – syndrome du pied diabétique au stade $\geq 2B$ selon la classification Wagner-Armstrong; – maladie de la décompression lorsque la notion d'accident n'est pas satisfaite. Traitement à l'étranger lorsqu'il n'est pas possible de garantir que le transport jusqu'au prochain caisson hyperbare à l'intérieur du territoire suisse soit assez rapide et ménage suffisamment le patient. Dans les centres cités dans la «Notice pour services d'urgences» élaborée par le Divers Alert Network (DAN) et la REGA²¹³. 	<p>1.4.1994</p> <p>1.9.1988</p> <p>1.7.2011</p> <p>1.1.2006/ 1.7.2011</p>
Cellulothérapie à cellules fraîches	Non		1.1.1976
Sérocythothérapie	Non		3.12.1981
Traitement de l'adiposité	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – 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

²¹³ 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
– par l'injection de choriogonado- trophine	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	Oui	Indication posée selon les «directives de la Société suisse de nutrition clinique (SSNC) sur Home care, nutrition artificielle à domicile» ²¹⁴ de janvier 2013	1.7.2010/ 1.7.2012/ 1.7.2013
Nutrition parentérale à domicile	Oui		1.3.1995
Insulinothérapie à l'aide d'une pompe à perfusion conti- nue	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
Plasmaphérèse	Oui	Indications: – syndrome d'hyperviscosité;	25.8.1988

²¹⁴ 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
		<ul style="list-style-type: none"> - maladies du système immunitaire, lorsqu'une plasmaphérese s'est révélée efficace, soit notamment en cas de: <ul style="list-style-type: none"> - myasthénie grave - purpura thrombocytopénique - anémie hémolytique immune - leucémie - syndrome de Goodpasture - syndrome de Guillain-Barré - intoxication aiguë - hypercholestérolémie familiale homozygote. 	
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 hétérozygote	1.1.1993/ 1.3.1995/ 1.1.2005
	Non	En cas de hypercholestérolémie réfractaire à la thérapie	1.1.2007

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Greffe de cellules souches hémato-poïétiques		<p>Dans les centres reconnus par le groupe «Swiss Blood Stem Cell Transplantation» (SBST).</p> <p>Exécution selon les normes éditées par le Comité «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» et «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)»: «FACT-JACIE International Standards for Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 5^e édition, de mars 2012²¹⁵.</p> <p>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 transplantation²¹⁶ et à l'art. 12 de l'ordonnance du 16 mars 2007 sur la transplantation²¹⁷.</p> <p>La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de décès du donneur est exclue.</p>	1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013
– autologue	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – lymphomes – leucémie lymphatique aiguë – leucémie myéloïde aiguë – myélome multiple – neuroblastome – médulloblastome – tumeur germinale. 	1.1.1997/ 1.1.2013

²¹⁵ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

²¹⁶ RS 810.21

²¹⁷ RS 810.211

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
	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>	<p>1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013 jusqu'au 31.12.2017</p>
	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>	<p>1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013 jusqu'au 31.12.2017</p>
	Non	<ul style="list-style-type: none"> - récurrence d'une leucémie lymphatique aiguë - cancer du sein, - carcinome bronchique à petites cellules - maladies congénitales - cancer de l'ovaire - tumeur solide rare de l'enfant 	<p>1.1.2013</p>

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
– allogénique	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – leucémie myéloïde aiguë – leucémie lymphatique aiguë – leucémie myéloïde chronique – syndrome myéloдисplasique – anémie aplasique – déficit immunitaire et enzymopathie congénitale – thalassémie et anémie drépanocytaire (donneur génotypiquement HLA-identique) – myélome multiple – tumeur du système lymphatique (lymphome de Hodgkin, lymphome non hodgkinien, leucémie lymphatique chronique) 	1.1.1997/ 1.1.2013
	Oui	<p>dans le cadre d'études cliniques:</p> <ul style="list-style-type: none"> – cancer du rein. 	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013 jusqu'au 31.12.2017
	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/ 1.1.2013 jusqu'au 31.12.2017
	Non	<ul style="list-style-type: none"> – tumeurs solides – mélanome 	1.1.1997/ 1.1.2008
	Non	<ul style="list-style-type: none"> – cancer du sein. 	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013
Lithotritie des calculs biliaires	Oui	Calcul biliaire intrahépatique; calcul biliaire extrahépatique dans la région du pancréas et du cholédoque.	1.4.1994

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Polysomnographie Polygraphie	Oui	Calculs intrarésiculaires lorsque le patient est inopérable (y compris par une cholécystectomie laparos- copique). En cas de forte suspicion de: – 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 noc- turne ou comportements violents pendant le som- meil), lorsque le diagnostic est incertain et qu'une thé- rapie s'impose. Prescription et exécution par des centres qualifiés confor- mément aux «directives du 6 septembre 2001 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiolo- gie» ²¹⁸ .	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002
	Non	Examen de routine de l'insomnie passagère et de l'insomnie chronique, de la fibromyalgie et du syndrome de fatigue chronique.	1.1.1997

²¹⁸ 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
	Non	En cours d'évaluation En cas de forte suspicion de: – troubles de l'endormissement et du sommeil, lorsque le dia- gnostic initial est incertain et seulement lorsque le trai- tement au comportement ou médicamenteux est sans succès; – troubles persistants du rythme circadien, lorsque le diagnostic est incertain.	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003
	Non	Frères et sœurs de nourrissons décédés du syndrome de mort subite.	1.7.2011
Polygraphie	Oui	Forte suspicion d'un syndro- me de l'apnée du sommeil. Exécution uniquement par un médecin spécialisé (pneumo- logie FMH) pouvant justifier d'une formation et d'une expérience pratique en poly- graphie respiratoire conformé- ment aux «directives du 6 septembre 2001 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiolo- gie» ²¹⁹ .	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012
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 conformé- ment aux «directives pour la certification de "centres de médecine du sommeil" pour l'exécution d'enregistrements polysomnographiques» de 1999 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie ²²⁰ .	1.1.2000

²¹⁹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

²²⁰ 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
Test de maintien de l'éveil (Mainte- nance of wakefull- ness test)	Oui	Indication et exécution par des centres reconnus conformé- ment aux «directives pour la certification de «centres de médecine du sommeil» pour l'exécution d'enregistrements polysomnographiques» de 1999 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie ²²¹ .	1.1.2000
Actigraphie	Oui	Indication et exécution par des centres qualifiés conformé- ment aux «directives pour la certification de "centres de médecine du sommeil" pour l'exécution d'enregistrements polysomnographiques» de 1999 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie ²²² .	1.1.2000
Test respiratoire à l'urée (13C) pour mise en évidence d'Helicobacter pylori	Oui		16.9.1998/ 1.1.2001
Immunothérapie par cellules dendri- tiques pour le traitement du mélanome	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Traitement photodynamique au méthylester de l'acide aminolévu- linique	Oui	Kératose actinique, carcinome basocellulaire, maladie de Bowen et carcinome spinocel- lulaire mince.	1.7.2002
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	1.1.2004/ 1.1.2006

²²¹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

²²² 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
		– 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.	
Photophorèse extracorporelle	Oui	Réticulomatoses cutanées (syndrome de Sézary). Maladie du greffon contre l'hôte en cas d'échec de la thérapie conventionnelle (par ex. corticostéroïdes).	1.1.1997 1.1.2009/ 1.1.2012
	Non	En cas de transplantation pulmonaire	1.1.2009
2.2 Maladies cardio-vasculaires, médecine intensive			
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 «recommandations sur les bonnes pratiques dans le diagnostic et le traitement des arythmies par stimulation cardiaque, défibrillation interne et ablation percutanée par cathéter» du groupe de travail «Stimulation cardiaque et électrophysiologie» de la Société suisse de cardiologie du 26 mai 2000 ²²³ .	1.1.2001

²²³ 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
Surveillance téléphonique des stimulateurs cardiaques	Non		12.5.1977
Télésurveillance des patients et des implants cardiologiques	Non		1.7.2010 1.7.2012
Implantation d'un défibrillateur	Oui		31.8.1989
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 stimula- teur cardiaque à triple chambre, implantation et changement d'agrégat	Oui	En cas d'insuffisance cardia- que chronique sévère réfrac- taire avec asynchronisme interventriculaire. Aux conditions suivantes: – insuffisance chronique sévère (NYHA III ou IV) avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche ≤ 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 cardia- que 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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Angioplastie coronaire avec cathéter à ballonnet recouvert de Paclitaxel	Oui	Indications: – resténose intrastent – sténose de petites artères coronaires	1.7.2012
Intervention par voie percutanée visant à traiter une grave insuffisance mitrale	Oui	Pour les patients inopérables souffrant d'une grave insuffi- sance mitrale (mortalité prédite de 10 % à 15 % en l'espace de 12 mois) et dont les valvules cardiaques ont une morphologie permettant cette intervention. Participation au «Swiss Mitra Registry»	1.1.2013
Implantation trans- cathéter de valve aortique (TAVI)	Oui	En cours d'évaluation En cas de sténose aortique sévère chez les patients inopérables et à haut risque opérateur aux conditions suivantes (cumulatives) 1. Les conditions d'application de la procé- dure TAVI suivent les di- rectives européennes: «Guidelines on the mana- gement of valvular heart disease (version 2012)» ²²⁴ 2. La procédure TAVI ne peut être pratiquée que dans les institutions pratiquant la chirurgie cardiaque sur pla- ce 3. La décision d'admissibilité de tous les patients à la procédure TAVI doit être prise au sein de l'équipe Heart Team, comprenant au moins un cardiologue interventionnel formé pour les interventions TAVI, un cardiologue non interven- tionnel, un chirurgien car- diaque et un anesthésiste 4. Tous les centres pratiquant la procédure TAVI doivent fournir leurs données au SWISS TAVI Registry	1.7.2013 jusqu'au 30.6.2018

²²⁴ Les documents peuvent être consultés à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
<i>2.3 Neurologie, y compris la thérapie des douleurs et l'anesthésie</i>			
Massages en cas de paralysie consécutive à des affections du système nerveux central	Oui		23.3.1972
Potentiels évoqués visuels dans le cadre d'examen neurologiques spéciaux	Oui		15.11.1979
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. Sévères dystonies et contrôle insuffisant des symptômes par le traitement médicamenteux.	1.3.1995/ 1.7.2011

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		Examens et opérations dans des centres spécialisés qui disposent des infrastructures nécessaires (neurochirurgie stéréotaxique, neurologie spécialisée dans les troubles moteurs, neuroradiologie).	
Electroneuromodulation des nerfs pelviens à l'aide d'un système implanté par laparoscopie (procédure LION: Laparoscopic Implantation of Neuroprothesis)	Non		1.7.2013
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, électrophysiologie neurologique, neuroradiologie).	1.7.2002

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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: <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. 	23.8.1984
Traitement par Baclofen 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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Potentiels évoqués moteurs dans le cadre d'examens 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 neurophysio- logie clinique.	1.1.1999
Résection 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 pharmaco- thérapie. – Investigations et exécution dans un centre pour épilep- tiques qui dispose des équi- pements diagnostiques adé- quats (en électrophysiologie, IRM₂ etc.), d'un service de neuro- psychologie, du savoir-faire chirurgical et thérapeutique et de possibi- lités de suivi du traitement. 	1.1.1996/ 1.8.2006
Chirurgie palliative de l'épilepsie par: – commissuroto- mie – opération sous- apiale multiple (selon Morell-Whisler) – stimulation du nerf vague	Oui	<p>Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalable- ment une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.</p> <p>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.</p>	1.1.1996/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.8.2006/ 1.1.2009

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, 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 électrothermique intradiscale	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. <ul style="list-style-type: none"> – 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. – Après échec d'une spondylodèse postérieure avec système de vis pédiculaires. 	1.1.1999/ 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Prothèse de disque	Oui	<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) – 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>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012 jusqu'au 31.12.2016</p>

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Stabilisation intrarachidienne et dynamique de la colonne vertébrale (par ex. de type DIAM)	Oui	<p>L'opération doit être exécutée par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens reconnus 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 reconnu 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 livrent à l'Institut de recherche évaluative en chirurgie orthopédique de l'Université de Berne les données nécessaires à une évaluation nationale.</p> <p>En cours d'évaluation</p> <p>L'opération doit être exécutée par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens reconnus 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 reconnu 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 livrent à l'Institut de recherche évaluative en chirurgie orthopédique de l'Université de Berne les données nécessaires à une évaluation nationale.</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012 jusqu'au 31.12.2013</p>

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Stabilisation dynamique du rachis lombaire (par ex. de type DYNESYS)	Oui	En cours d'évaluation L'opération doit être exécutée par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens reconnus par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie sont réputés suffisamment quali- fiés. Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien non reconnu par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochi- rurgie, le médecin-conseil devra donner son accord préalable. Les fournisseurs de prestations livrent à l'Institut de recherche évaluative en chirurgie ortho- pédique de l'Université de Berne les données nécessaires à une évaluation nationale.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012 jusqu'au 31.12.2016
Anesthésie généra- le 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
Anesthésie par infiltration, locale et régionale (théra- pie neurale locale et segmentaire)	Oui		1.7.2011/ 1.7.2012
<i>2.4 Médecine physique, rhumatologie</i>			
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 silico- ne en tant que «lubrifiant»	Non		12.5.1977

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Synoviorthèse	Oui		12.5.1977
Thérapie par laser froid	Non		1.1.2001
Anesthésie généra- le 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 tumora- le (TNF)	Oui	Mélanome malin atteignant exclusivement un membre. Sarcome des tissus mous atteignant exclusivement un membre. Dans un centre spécialisé ayant l'expérience du traite- ment interdisciplinaire des mélanomes et des sarcomes étendus des membres par cette méthode. Le traitement est effectué par une équipe com- posée 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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Immunothérapie spécifique active pour la thérapie adjuvante du cancer du colon de stade II	Non		1.8.2007
Low-dose-rate- Curiethérapie	Oui	Par grains d'iode 125 ou de palladium 103. En cas de carcinome de la prostate avec risque de récidive 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 physiciens médicaux.	1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2009/ 1.7.2011
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 artificielle	Oui	Insémination intra-utérine. Au maximum trois cycles de traitement par grossesse.	1.1.2001
Fécondation in vitro en vue de déterminer une éventuelle stérilité	Non		1.4.1994
Fécondation in vitro et transfert d'embryon (FIVETE)	Non		28.8.1986/ 1.4.1994
Stérilisation:			

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
– 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 vraisemblablement 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 prendre en charge la stérilisation du mari.	1.1.1993
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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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 consentues de la Société suisse de sénologie (SSS) et du groupe de travail «Bildgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe»; Senologie – Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie 2009; 6: 181–184 ²²⁵ .	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	<ul style="list-style-type: none"> – 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 «mise en place de bandelettes pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort féminine»²²⁶. – L'implant Reemex® n'est pas pris en charge. 	1.1.2004/ 1.1.2005

²²⁵ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

²²⁶ 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
--------	---	------------	------------------------------------

4 Pédiatrie, psychiatrie de l'enfant

Programmes de traitements ambulatoires et pluridisciplinaires destinés aux enfants et adolescents souffrant de surpoids ou d'obésité	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <p>1. Indication:</p> <p>a. en cas d'obésité (IMC > 97^e centile);</p> <p>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 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, maladies 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 19.12.2006²²⁷ et n° 1/2011 du 4.3.2011²²⁸.</p>	1.1.2008/ 1.7.2009 jusqu'au 31.12.2013
--	-----	---	---

²²⁷ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

²²⁸ 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
		<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 «Pédia-trica», n° 2/2007 du 13.4.2007²²⁹;</p> <p>b. programmes en groupes dirigés par un médecin et reconnus 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
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

²²⁹ 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
Echographie selon la méthode de Graf de la hanche des nouveaux-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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Matrice biologique extracellulaire d'origine animale à structure tridimensionnelle	Oui	<p>Pour le traitement des plaies chroniques.</p> <p>Pose de l'indication et sélection de la méthode ou du produit selon la directive «Richtlinien zum Einsatz von azellulären biologisch aktiven Materialien bei schwer heilenden Wunden» du 1^{er} juillet 2011, émise par la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies²³⁰.</p> <p>Dans des centres reconnus par la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies.</p> <p>Si le traitement doit se dérouler dans un centre non reconnu par la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies, le médecin-conseil devra donner son accord préalable.</p>	1.7.2011
Traitement de plaie par asticots	Oui	Pour le traitement de plaies chroniques.	1.7.2011
Traitement de la lipoatrophie du visage par des produits de com- blement	Oui	<p>En cas de lipoatrophie faciale découlant d'un traitement médicamenteux ou d'une maladie.</p> <p>Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.</p>	1.7.2013
6 Ophthalmologie			
Traitement orthoptique	Oui	Par le médecin lui-même ou sous sa surveillance directe.	27.3.1969
Potentiels évoqués visuels dans le cadre d'examens ophtalmologiques spéciaux	Oui		15.11.1979

²³⁰ 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
Biométrie par échographie oculaire avant opération de la cataracte	Oui		8.12.1983
Traitement au laser de:			
– rétinopathie diabétique	Oui		1.1.1993
– lésions rétiniennes (y compris ischémie 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 corrigée par des lunettes et une intolérance durable aux lentilles de contact; pour la correction d'un œil pour obtenir des valeurs corrigées par des lunettes. Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale 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 dioptries associée à une kératotomie. Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale 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 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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
	Oui	En cas de néovascularisation provoquée par une myopie pathologique.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2012
	Non	Autres formes de la dégénérescence maculaire liée à l'âge.	1.1.2008
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 <p>Examen dans le centre où doit être effectués l'intervention et le traitement.</p>	1.1.2004/ 1.8.2008
Traitement de la cornée par UV crosslinking en cas de kératocône	Non		1.8.2008
Traitement du kératocône au moyen d'anneaux intra-cornéens	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
Mesure de l'osmolarité du liquide lacrymal	Non		1.1.2010

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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 périlinguale 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	1.1.1996

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> – Seule alternative à une intervention chirurgicale à risque sur l'unique oreille fonctionnelle – Intolérance aux appareils à transmission aérienne – 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 audiolgiques, 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 pytalolithes	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:	1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.7.2012

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>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 2009²³¹;</p> <p>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;</p> <p>c. concernant le traitement avec prescription d'héroïne: les dispositions de l'ordonnance du 25 mai 2011 relative à l'addiction aux stupéfiants (RS 812.121.6) et les directives et recommandations du manuel de l'OFSP «Traitement avec prescription d'héroïne; directives, recommandations, informations», septembre 2000²³².</p>	<p>1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010</p>

²³¹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

²³² 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
		<ol style="list-style-type: none"> 2. La substance ou la préparation utilisée doivent figurer sur la liste des médicaments avec tarif (LMT) ou sur la liste des spécialités (LS) dans le groupe thérapeutique (IT) approuvé par Swissmedic. 3. Le traitement de substitution comprend les prestations suivantes: <ol style="list-style-type: none"> a. prestations médicales: <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 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 œuvre 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; 	

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Musicothérapie	Non	<ul style="list-style-type: none"> - traitement des troubles liés à l'usage d'autres substances psychotropes; - évaluation du processus thérapeutique; - 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>	11.12.1980

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique) – Hyperparathyroïdie primaire (lorsque l'indication chirurgicale n'est pas nette) – Ostéogenèse imparfaite – VIH. <p>Les coûts engendrés par la DEXA ne sont pris en charge que pour l'application de cette mesure à une seule région du corps.</p> <p>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.</p>	1.3.1995/ 1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.7.2012 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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
– marqueurs de la formation osseu- se	Non	Pour la détection précoce du risque de fractures liés à l'ostéoporose	1.1.2003/ 1.8.2006
Mammographie	Oui	Pour le diagnostic en cas de forte suspicion clinique de pathologie mammaire.	1.1.2008
<i>9.2 Autres procédés d'imagerie</i>			
Résonance magnétique nu- cléaire (IRM)	Oui		1.1.1999
Tomographie par émission de posi- trons (TEP)	Oui	<p>Dans des centres qui satisfont aux directives administratives du 20 juin 2008²³³ de la Société suisse de médecine nucléaire (SSMN).</p> <p>Au moyen de F-2-Fluoro- Deoxy-Glucose (FDG), pour les indications suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. en cardiologie: <ul style="list-style-type: none"> – comme mesure préopé- ratoire avant une trans- plantation cardiaque. 2. en oncologie: <ul style="list-style-type: none"> – selon les directives cli- niques de la SSMN du 7 avril 2008²³⁴, pour TEP au FDG 3. en neurologie: <ul style="list-style-type: none"> – comme mesure pré- opératoire en cas d'épilepsie focale ré- sistante à la thérapie. <p>Au moyen de l'azote 13, pour l'indication suivante: pour examiner la perfu- sion du myocarde (au repos et à l'effort) en vue d'évaluer l'ischémie du myo- carde.</p> <p>Au moyen de rubidium 82, pour l'indication suivante: pour examiner la perfusion du myocarde (au repos et à l'effort) en vue d'évaluer l'ischémie du myocarde.</p>	<p>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/ 1.7.2013</p>

²³³ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

²³⁴ 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
	Non	Au moyen de F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), pour les indications suivantes: en neurologie: – évaluation préopératoire pour chirurgie de revascularisation complexe en cas d'ischémie cérébrale, – évaluation d'une démence. Avec d'autres isotopes que le F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), l'azote 13 ou le rubidium 82	1.8.2006/ 1.1.2007/ 1.1.2011/ 1.1.2013/ 1.7.2013 1.1.2011/ 1.1.2013/ 1.7.2013
Magnéto- encéphalographie	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Elastographie impulsionnelle du foie	Oui	Pour le diagnostic et le suivi en cas de fibrose ou de cirrhose hépatique (par ex. par hépatite virale, prise régulière de toxines hépatiques).	1.1.2012
<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
	Oui	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:	1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – 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 <p>Exécution à l'Institut Paul Scherrer, à Villigen.</p> <p>En cours d'évaluation</p>	1.7.2012 jusqu'au 30.6.2015
Radiochirurgie (LINAC, couteau gamma)	Oui	<p>Indications:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Radiothérapie postopératoire de carcinomes mammaires stade III-A ou III-C gauches <p>Traitements pratiqués dans le cadre de l'étude pilote de l'Institut Paul Scherrer.</p> <p>Exécution à l'Institut Paul Scherrer, à Villigen.</p> <p>Indications:</p> <ul style="list-style-type: none"> – neurinome du nerf acoustique – récurrence d'adénome hypophysaire ou de crâniopharyngiome – adénome hypophysaire ou crâniopharyngiome, si l'ablation chirurgicale est impossible – malformation artérioveineuse – méningiome 	1.1.1996

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
	Oui	En cas de troubles fonctionnels, notamment: syndrome douloureux (p. ex., névralgie du trijumeau, algie vasculaire de la face), troubles moteurs (p. ex., tremblement essentiel, maladie de Parkinson), épilepsie (p. ex., épilepsie temporaire, hamartome associé à une épilepsie, épilepsie extra-temporale)	1.1.1996/ 1.7.2012
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/ 1.7.2011
Implantation de marqueurs en or	Oui	Pour le traitement de la prostate par marquage	1.8.2008

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Injection d'hydrogel à base de polyéthylène glycol	Non	Comme dispositif d'éloignement entre la prosta- te et le rectum en cas de radiothérapie de la prostate	1.7.2012
Radiothérapie interstitielle sélec- tive (SIRT) recou- rant à des micros- phères 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. Réalisation dans un centre hépato-biliaire interdiscipli- naire comprenant un service de consultation ad hoc (chi- rurgie hépato-biliaire spéciali- sée, radiologie intervention- nelle, médecine nucléaire et oncologie médicale).	1.7.2010
Embolisation de fibrome de l'utérus	Oui	Par des spécialistes en radio- logie attestant d'une expérien- ce de la technique des radiolo- gies interventionnelles. Installation angiographique moderne.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2010/ 1.1.2011/ 1.1.2013
10 Médecine complémentaire			
Acupuncture	Oui	Pratiquée par des médecins titulaires d'une attestation de formation complémentaire en acupuncture délivrée confor- mément au programme de formation complémentaire du 1 ^{er} janvier 1999 «Acupuncture et médecine traditionnelle chinoise (ASA)», révisé le 24 février 2005. ²³⁵	1.7.1999/ 1.1.2012

²³⁵ 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
Médecine anthroposophique	Oui	En cours d'évaluation Pratiquée par des médecins titulaires d'une attestation de formation complémentaire en médecine anthroposophique délivrée conformément au programme de formation complémentaire du 1 ^{er} janvier 1999 «Praticien(ne) pour une médecine élargie par l'anthroposophie (ASMOA)», révisé le 28 septembre 2006 ²³⁶ .	1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012 jusqu'au 31.12.2017
Pharmacothérapie de la médecine traditionnelle chinoise	Oui	En cours d'évaluation Pratiquée par des médecins titulaires d'une attestation de formation complémentaire en pharmacothérapie de la MTC délivrée conformément au programme de formation complémentaire du 1 ^{er} janvier 1999 «Acupuncture et méde- cine traditionnelle chinoise (ASA)», révisé le 24 février 2005.	1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012 jusqu'au 31.12.2017
Homéopathie uniciste (classique)	Oui	En cours d'évaluation Pratiquée par des médecins titulaires d'une attestation de formation complémentaire en homéopathie délivrée confor- mément au programme de formation complémentaire du 1 ^{er} janvier 1999 «Homéopa- thie (SSMH)», révisé le 14 septembre 2008 ²³⁷ .	1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012 jusqu'au 31.12.2017
Phytothérapie	Oui	En cours d'évaluation Pratiquée par des médecins titulaires d'une attestation de formation complémentaire en phytothérapie délivrée conformément au programme de formation complémentaire du 1 ^{er} juillet 2011. ²³⁸	1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.1999/ 1.1.2012 jusqu'au 31.12.2017

²³⁶ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

²³⁷ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

²³⁸ 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
Thérapie neurale selon Huneke	Non		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.1999/ 1.1.2012/ 1.7.2012
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 cardio- vasculaires ou de diabète		Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalable- ment une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. La réadaptation en cas de diagnostic principal d'une maladie artérielle périphérique (MAP) et de diabète a lieu ambulatoirement. La rééduca- tion cardio-vasculaire peut faire l'objet d'un traitement ambulatoire ou hospitalier. En faveur d'un traitement hospi- talier: – un risque cardiaque élevé – une insuffisance myocardi- que – une comorbidité (diabète sucré, COPD, etc.). La durée du traitement ambu- latoire est de deux à six mois selon l'intensité du traitement requis. La durée du traitement hospi- talier est en règle générale de quatre semaines, mais peut être, dans des cas simples, réduite à deux ou trois semai- nes. La réadaptation est pratiquée dans une institution dirigée par un médecin. Le déroulement du programme, le personnel et l'infrastructure doivent cor- respondre aux exigences suivantes:	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2010/ 1.7.2011 1.1.2013

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>Réadaptation cardiaque: profil indiqué par le Groupe de travail pour la réhabilitation cardiaque de la Société suisse de cardiologie (GSRC, pour des cliniques de réhabilitation /institutions reconnues officiellement par le GSRC) le 15 mars 2011²³⁹.</p> <p>Réadaptation en cas de MAP: profil indiqué par la Société suisse d'angiologie le 5 mars 2009²⁴⁰.</p> <p>Réadaptation en cas de diabète: profil indiqué par la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie le 17 novembre 2010²⁴¹.</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		

²³⁹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

²⁴⁰ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

²⁴¹ 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
	Oui	– Patients souffrant d'une maladie artérielle périphérique (MAP) à partir du stade IIa selon Fontaine	1.7.2009/ 1.1.2013
	Non	– Patients souffrant d'une maladie artérielle périphérique (MAP) au stade I selon Fontaine.	1.7.2013
Réadaptation pulmonaire	Oui	Programmes pour patients souffrant de maladies pulmonaires chroniques graves. 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 ²⁴² . Le directeur du programme doit être reconnu par la société suisse de pneumologie, la Commission de réadaptation pulmonaire et de formation des patients Prise en charge une fois par an au maximum. Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	1.1.2005

²⁴² Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

Annexe 2²⁴³
(art. 20a)

Liste des moyens et appareils (LiMA)

²⁴³ Non publiée au RO (art. 20a; voir RO **2009** 2821 6083, **2010** 2755 5837, **2011** 2669 6487, **2012** 3553 et 6587). L'annexe et ses mod. peuvent être consultées sur le site de l'OFSP à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Tarifs et prix.

*Annexe 3*²⁴⁴
(art. 28)

Liste des analyses

²⁴⁴ Non publiée au RO (art. 28; voir RO **2009** 1669 3173 6083, **2010** 2755 5837, **2011** 2669 6487, **2012** 3553 4347 6587). L'annexe et ses mod. peuvent être consultées sur le site de l'OFSP à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Tarifs et prix.

*Annexe 4*²⁴⁵
(art. 29)

Liste des médicaments avec tarif

²⁴⁵ Non publiée au RO (voir RO **2005** 2875). L'annexe et ses mod. peuvent être consultées sur le site de l'OFSP à l'adresse internet suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Tarifs et prix.

