

**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 2009)

Le Département fédéral de l'intérieur,

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

Titre 1 Prestations

Chapitre 1

Prestations des médecins, des chiropraticiens et des pharmaciens⁴

Section 1 Prestations remboursées

Art. 1⁵

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

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

RO 1995 4964

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

² RS 832.102

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

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

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

Section 2 Psychothérapie pratiquée par un médecin

Art. 2⁶ Principe

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

² On entend par psychothérapie une forme de traitement qui:

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

Art. 3⁷ Prise en charge

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

Art. 3a⁸

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 3c et 3d¹⁰

Section 3 Prestations prescrites par les chiropraticiens

Art. 4

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

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

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

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

¹¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 17 nov. 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2004 (RO 2003 5283).

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

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

Section 4¹⁴ Prestations fournies par les pharmaciens

Art. 4a

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

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

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

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

¹⁴ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 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, sont prises en charge lorsqu'elles sont fournies sur prescription médicale et dans le cadre du traitement de maladies musculosquelettiques ou neuromusculaires ou des systèmes des organes internes et des vaisseaux, pour autant que la physiothérapie permette de les traiter:

- 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. physiothérapie urogynécologique et urologique.
- 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.¹⁵

^{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.¹⁶

^{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.¹⁷

¹⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821).

¹⁶ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821).

¹⁷ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821).

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.¹⁸

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.¹⁹

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-invalidité²⁰, 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. 4.²¹

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.²² 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.²³

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

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

¹⁹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 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).

²⁰ RS 831.20

²¹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 10 déc. 2008 (RO 2008 6493). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821).

²² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996 (RO 1997 564).

²³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821).

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.²⁴

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-invalidité²⁵, 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. 4.²⁶

Section 3 Soins à domicile, ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social

Art. 7 Définition des soins

¹ L'assurance prend en charge les examens, les traitements et les soins (prestations) effectués selon l'évaluation des soins requis (art. 7, al. 2, et art. 8a) sur prescription médicale ou sur mandat médical par des:²⁷

- 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, LAMal²⁸).

² Les prestations au sens de l'al. 1 comprennent:²⁹

- a.³⁰ l'évaluation et les conseils:
 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;

²⁴ 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).

²⁵ RS **831.20**

²⁶ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 10 déc. 2008 (RO **2008** 6493). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO **2009** 2821).

²⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO **1997** 2039).

²⁸ RS **832.10**

²⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006 (RO **2006** 5769).

³⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006 (RO **2006** 5769).

- b. les examens et les traitements:
1. contrôle des signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, respiration, poids),
 2. test simple du glucose dans le sang ou l'urine,
 3. prélèvement pour examen de laboratoire,
 4. mesures thérapeutiques pour la respiration (telles que l'administration d'oxygène, les inhalations, les exercices respiratoires simples, l'aspiration),
 5. pose de sondes et de cathéters, ainsi que les soins qui y sont liés,
 6. soins en cas d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale,
 7. administration de médicaments, en particulier par injection ou perfusion,
 8. administration entérale ou parentérale de solutions nutritives,
 9. surveillance de perfusions, de transfusions ou d'appareils servant au contrôle et au maintien des fonctions vitales ou au traitement médical,
 10. rinçage, nettoyage et pansement de plaies (y compris les escarres et les ulcères) et de cavités du corps (y compris les soins pour trachéo-stomisés et stomisés), soins pédicures pour les diabétiques,
 11. soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale, y compris la rééducation en cas d'incontinence,
 12. assistance pour des bains médicaux partiels ou complets, application d'enveloppements, cataplasmes et fangos,
 - 13.³¹ soins destinés à la mise en œuvre au quotidien de la thérapie du médecin, tels que l'exercice de stratégies permettant de gérer la maladie et l'instruction pour la gestion des agressions, des angoisses et des idées paranoïaques,
 - 14.³² 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,

³¹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006 (RO 2006 5769).

³² Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006 (RO 2006 5769).

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

^{2bis} Il appartient à une infirmière ou à un infirmier (art. 49 OAMal) pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans le domaine psychiatrique d'évaluer si des mesures telles que celles qui sont prévues à la let. b, ch. 13 et 14, et à la let. c, ch. 2, doivent être prises.³⁴

³ Les frais généraux d'infrastructure et d'exploitations des fournisseurs de prestations ne sont pas pris en compte dans le coût des prestations.³⁵

Art. 8³⁶ 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

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

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 est limitée. Elle 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.

^{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.

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

³⁴ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006 (RO 2006 5769).

³⁵ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 1997 (RO 1997 2039). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 18 déc. 1997 (RO 1998 150).

³⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2039).

Une prescription ou un mandat médical doit être établi à la suite de la révision de l'allocation pour impotent.³⁷

⁷ La prescription ou le mandat médical peuvent être renouvelés.

Art. 8a³⁸ Procédure de contrôle et de conciliation

¹ Les assureurs et les fournisseurs de prestations conviennent d'inscrire dans les conventions tarifaires une procédure de contrôle et de conciliation commune pour les soins prodigués à domicile

² A défaut de convention tarifaire (art. 47 LAMal³⁹) le gouvernement cantonal fixe, après avoir entendu les parties, en plus du tarif, 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 sont examinés 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. 9 Facturation

¹ Les prestations peuvent être facturées notamment sur la base d'un tarif au temps consacré ou d'un forfait (art. 43 LAMal⁴⁰).

² Les divers types de tarifs peuvent être combinés.

³ Les partenaires tarifaires conviennent ou l'autorité compétente fixe pour les prestations effectuées par les infirmiers ou par les organisations d'aide et de soins à domicile des tarifs échelonnés selon la nature et la difficulté des prestations.⁴¹

⁴ Les partenaires tarifaires conviennent ou l'autorité compétente fixe pour les prestations effectuées dans les établissements médico-sociaux des tarifs échelonnés selon le niveau des soins requis. Au minimum quatre niveaux doivent être prévus.⁴²

Art. 9a⁴³ Transparence des coûts et limites tarifaires

¹ Tant que les fournisseurs de prestations définis à l'art. 7, al. 1, let. a et b, ne disposent pas de bases de calcul des coûts des prestations établies en commun avec les assureurs, les tarifs-cadre par heure suivants ne peuvent être dépassés:

³⁷ 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).

³⁸ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2039).

³⁹ RS 832.10

⁴⁰ RS 832.10

⁴¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2039).

⁴² Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2039).

⁴³ 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).

- a. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. c, dans des situations simples et stables: 30 à 48,50 francs;
 - b. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. c, dans des situations complexes et instables, ainsi que pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. b: 45 à 70,00 francs;
 - c. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. a: 50 à 75,00 francs.⁴⁴
- ² Tant que les fournisseurs de prestations définis à l'art. 7, al. 1, let. c, ne disposent pas d'une comptabilité analytique uniforme (art. 49, al. 6, et 50 LAMal⁴⁵), les tarifs-cadre par jour suivants ne peuvent être dépassés:
- a. pour le premier niveau de soins requis: 10 à 20,50 francs;
 - b. pour le deuxième niveau de soins requis: 15 à 41,50 francs;
 - c. pour le troisième niveau de soins requis: 30 à 67,00 francs;
 - d. pour le quatrième niveau de soins requis: 40 à 82,50 francs.⁴⁶
- ³ L'art. 44 LAMal est applicable.

Section 3a⁴⁷ Conseils nutritionnels

Art. 9b⁴⁸

¹ Les diététiciens, au sens des art. 46 et 50a OAMal, prodiguent, sur prescription ou sur mandat médical, des conseils diététiques aux assurés qui souffrent des maladies suivantes:⁴⁹

- a.⁵⁰ 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.

⁴⁴ 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).

⁴⁵ RS 832.10

⁴⁶ 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).

⁴⁷ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 1997 (RO 1997 564).

⁴⁸ Anciennement art. 9a.

⁴⁹ 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).

⁵⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 18 nov. 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO 1999 528).

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

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

Section 3b⁵¹ Conseils aux diabétiques

Art. 9c

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

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

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.⁵²

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:

⁵¹ 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).

⁵² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2002 (RO 2002 4253).

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

Art. 11 Conditions

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

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

³ Si une thérapie logopédique doit être poursuivie aux frais de l'assurance après un traitement équivalent à 60 séances d'une heure dans une période d'une année, le médecin traitant en réfère au médecin-conseil; il lui transmet une proposition dûment motivée concernant la poursuite de la thérapie. Le médecin-conseil propose de poursuivre ou non la thérapie aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure.⁵³

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. 12⁵⁴ Principe

L'assurance prend en charge les mesures médicales de prévention suivantes (art. 26 LAMal⁵⁵):

- 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);

⁵³ Nouvelle teneur de la phrase selon le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996 (RO 1997 564).

⁵⁴ 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).

⁵⁵ RS 832.10

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

Art. 12a⁵⁶ Vaccinations prophylactiques

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

Mesure	Conditions
a. Vaccination et rappels contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite; vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole	Pour les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de seize ans et pour les adultes non immunisés, selon le «Plan de vaccination suisse 2009» établi par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV).
b. Rappel dT	Pour les personnes de plus de seize ans, selon le «Plan de vaccination suisse 2009» établi par l'OFSP et la CFV.
c. Vaccination contre <i>Haemophilus influenzae</i>	Pour les enfants jusqu'à l'âge de cinq ans, selon le «Plan de vaccination suisse 2009» établi par l'OFSP et la CFV.
d. Vaccination contre l'influenza	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vaccination annuelle pour les personnes souffrant d'une maladie chronique et chez qui la grippe pourrait provoquer des complications importantes (selon les recommandations pour la prévention de la grippe établies par l'OFSP, le groupe de travail Influenza et la CFV, état août 2000; Supplementum XIII, OFSP, 2000) et pour les personnes de plus de 65 ans. 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'influenza⁵⁷).

⁵⁶ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 21 nov. 2007 (RO 2007 6839). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821).

⁵⁷ RS 818.101.23

Mesure	Conditions
e. Vaccination contre l'hépatite B	<p>Aucune franchise n'est prélevée pour cette prestation. Une somme forfaitaire est accordée pour la vaccination (y compris pour le vaccin).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pour les nouveau-nés de mères HBsAg-positives et les personnes exposées à un risque de contamination. <p>En cas d'indication professionnelle, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.</p> 2. Vaccination selon les recommandations établies en 1997 par l'OFSP et la CFV (Supplément du Bulletin de l'OFSP 5/98 et Complément du Bulletin 36/98) et selon le «Plan de vaccination suisse 2009» établi par l'OFSP et la CFV.
f. Vaccination passive avec Hépatites B-Immunoglobuline	Pour les nouveau-nés de mères HbsAg-positives.
g. Vaccination contre les pneumocoques	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avec le vaccin polysaccharidique: adultes à partir de 65 ans, adultes et enfants de plus de deux ans présentant une maladie chronique sévère, une déficience immunitaire, un diabète sucré, une fistule de liquide céphalo-rachidien, une asplénie fonctionnelle ou anatomique, un implant cochléaire ou une malformation de la base du crâne, ou avant une splénectomie ou la pose d'un implant cochléaire, selon le «Plan de vaccination suisse 2009» établi par l'OFSP et la CFV. 2. Avec le vaccin conjugué: enfants de moins de deux ans et enfants de moins de cinq ans atteints de maladies chroniques, selon le «Plan de vaccination suisse 2009» établi par l'OFSP et la CFV.
h. Vaccination contre les méningocoques	Selon le «Plan de vaccination suisse 2009» établi par l'OFSP et la CFV.

Mesure	Conditions
i. Vaccination contre la tuberculose	Avec le vaccin BCG, selon les lignes directrices établies en 1996 par l'Association suisse contre la tuberculose et les maladies pulmonaires (ASTP) et l'OFSP (Bulletin de l'OFSP 16/1996).
j. Vaccination contre l'encéphalite à tiques (FSME)	Selon le «Plan de vaccination suisse 2009» établi par l'OFSP et la CFV. En cas d'indication professionnelle, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.
k. Vaccination contre la varicelle	Selon le «Plan de vaccination suisse 2009» établi par l'OFSP et la CFV.
l. Vaccination contre le papillomavirus humain (HPV)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selon les recommandations de l'OFSP et de la CFV de juin 2007 (Bulletin de l'OFSP 25/2007): <ol style="list-style-type: none"> a. vaccination générale des filles en âge scolaire; b. vaccination des filles et des jeunes femmes de 15 à 19 ans. Cette disposition est applicable jusqu'au 31 décembre 2012. 2. Vaccination dans le cadre de programmes cantonaux de vaccination qui doivent satisfaire aux exigences minimales suivantes: <ol style="list-style-type: none"> a. l'information des groupes cibles et de leurs parents/représentants légaux sur la disponibilité des vaccins et les recommandations de l'OFSP et de la CFV est assurée; b. aucune franchise n'est prélevée sur cette prestation; c. la vaccination complète (schéma de vaccination selon les recommandations de l'OFSP et de la CFV) est visée;

Mesure	Conditions
<p>m. Vaccination contre l'hépatite A</p>	<p>d. les prestations et les obligations des responsables du programme, des médecins chargés de la vaccination et des assureurs-maladie sont définies;</p> <p>e. la collecte des données, le décompte, les flux informatif et financier sont réglés.</p> <p>3. Aucune franchise n'est prélevée sur cette prestation.</p> <p>Selon le «Plan de vaccination suisse 2009» établi par l'OFSP et la CFV.</p> <p>Pour les personnes suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – pour les patients atteints d'une affection chronique du foie; – pour les enfants en provenance de pays à forte ou moyenne endémie qui vivent en Suisse et retournent dans leur pays d'origine pour un séjour temporaire; – pour les consommateurs de drogue par injection; – pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes en dehors d'une relation stable. <p>Vaccination post-expositionnelle dans les sept jours suivant l'exposition.</p> <p>En cas d'indication professionnelle et de recommandation médicale aux voyageurs, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.</p>
<p>n. Vaccination contre la rage</p>	<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. 12b⁵⁸ 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.
c. ⁵⁹ Prophylaxie VIH post-exposition	Selon les recommandations de l'OFSP (Bulletin de l'OFSP n° 36, 2006). En cas d'indication professionnelle la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.
d. ⁶⁰ Immunisation passive post-expositionnelle	Selon les recommandations de l'OFSP et de la Commission suisse pour les vaccinations (directives et recommandations «Immunisation passive post-expositionnelle» d'octobre 2004). En cas d'indication professionnelle, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.

Art. 12c⁶¹ 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.

⁵⁸ 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).

⁵⁹ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821).

⁶⁰ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821).

⁶¹ 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. 12d⁶² 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. Mammographie	En cas de cancer chez la mère, la fille ou la soeur. 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) ⁶³ . Cette disposition est applicable jusqu'au 31 décembre 2009. Les partenaires contractuels remettent, avant le 30 juin 2008, à l'OFSP une convention relative à la garantie de la qualité au sens de l'art. 77 OAMal. S'ils ne peuvent se mettre d'accord, le département édicte les prescriptions nécessaires.

⁶² 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).

⁶³ Ces lignes directrices peuvent être consultées à l'Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne.

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. 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» de l'Institut suisse de recherche appliquée sur le cancer (SIAK) pouvant prouver leur collaboration technique avec un médecin spécialisé en génétique médicale.</p>

Art. 12^{e64} 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:

⁶⁴ 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. ⁶⁵ Dépistage de: phénylcétonurie, galactosémie, déficit en biotinidase, syndrome adrénogénital, hypothyroïdie congénitale, déficit en acyl-CoA medium-chain-déhydrogénase (MCAD)	Pour les nouveau-nés. Analyses de laboratoire selon la liste des analyses (LA).
b. Examen gynécologique, y compris les prélèvements de dépistage cytologiques cervico-vaginaux	Les deux premières années: un examen par année, y compris les prélèvements de dépistage cytologiques. Par la suite, lorsque les résultats sont normaux, un examen tous les trois ans; sinon fréquence des examens selon l'évaluation clinique.
c. Mammographie de dépistage	Dès 50 ans, tous les deux ans dans le cadre d'un programme organisé de dépistage du cancer du sein qui remplit les conditions fixées par l'ordonnance du 23 juin 1999 sur la garantie de la qualité des programmes de dépistage du cancer du sein par mammographie ⁶⁶ . Aucune franchise n'est prélevée sur cette prestation. Cette disposition est applicable jusqu'au 31 décembre 2009.

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., LAMal⁶⁷):

Mesure	Conditions
a. contrôles	
1. ⁶⁸ lors d'une grossesse normale sept examens	– <i>première consultation</i> : anamnèse, examen gynécologique et clinique généraux et conseils, examen des

⁶⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821).

⁶⁶ RS 832.102.4

⁶⁷ RS 832.10

⁶⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 déc. 2008, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 6493).

Mesure	Conditions
	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. ⁶⁹ contrôles ultrasonographiques	
1. lors d'une grossesse normale: une échographie entre la 11 ^e et la 14 ^e semaine de grossesse; une échographie entre la 20 ^e et la 23 ^e semaine de grossesse	Après un entretien approfondi d'explication et de conseil qui doit être consigné. Selon les «Recommandations pour les examens échographiques en cours de grossesse», dans la version du 15 octobre 2002, de la Société suisse d'ultrasonographie en médecine (SSUM). Seulement par des médecins avec attestation de formation complémentaire en ultrasonographie prénatale (SSUM).
2. lors d'une grossesse à risque	renouvellement des examens selon l'évaluation clinique Seulement par des médecins avec attestation de formation continue (AFC) en ultrasonographie prénatale.
c. ⁷⁰ examen pré-partum au moyen de la cardiotocographie	lors d'une grossesse à risque
d. ⁷¹ amniocentèse, prélèvement des villosités choriales	après un entretien approfondi qui doit être consigné pour: – les femmes âgées de plus de 35 ans – les femmes âgées de moins de 35 ans présentant un risque de 1:380 ou plus

⁶⁹ 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).

⁷⁰ 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).

⁷¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 déc. 2008, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2009 (RO 2008 6493).

Mesure	Conditions
	que l'enfant soit atteint d'une maladie due à des facteurs exclusivement génétiques.
e. contrôle post-partum un examen	Analyses de laboratoire selon la liste des analyses (LA). 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, LAMal⁷²) sont à la charge de l'assurance lorsqu'ils sont prodigués par une sage-femme ou par une infirmière ayant suivi une formation spéciale dans ce domaine.

² Le remboursement est limité à trois séances.

Art. 16⁷³ 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).

⁷² RS 832.10

⁷³ 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).

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, LAMal⁷⁴):

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

⁷⁴ RS 832.10

- 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 maladies⁷⁵

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, LAMal⁷⁶):

- a.⁷⁷ maladies du système hématopoïétique:
 - 1. neutropénie, agranulocytose,
 - 2. anémie aplastique sévère,
 - 3. leucémies,
 - 4. syndromes myélodysplastiques (SDM),
 - 5. diathèses hémorragiques;
- b. maladies du métabolisme:
 - 1. acromégalie,
 - 2. hyperparathyroïdisme,
 - 3. hypoparathyroïdisme idiopathique,
 - 4. hypophosphatasie (rachitisme génétique dû à une résistance à la vitamine D);
- c. autres maladies:
 - 1. polyarthrite chronique avec atteinte des maxillaires,
 - 2. maladie de Bechterew avec atteinte des maxillaires,
 - 3. arthropathies psoriasiques avec atteinte des maxillaires,
 - 4. maladie de Papillon-Lefèvre,
 - 5. sclérodermie,
 - 6. SIDA,
 - 7. maladies psychiques graves avec une atteinte consécutive grave de la fonction de mastication;
- d. maladies des glandes salivaires;
- e. ...⁷⁸

⁷⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO 1998 2923).

⁷⁶ RS 832.10

⁷⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO 1998 2923).

⁷⁸ Abrogée par le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998 (RO 1998 2923).

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.⁷⁹

Art. 19⁸⁰ 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, LAMal⁸¹):

- 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. 19a⁸² 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:⁸³

- a. les traitements sont nécessaires après la 20^e année;
- b. les traitements sont nécessaires avant la 20^e année pour un assuré soumis à la LAMal⁸⁴ 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;

⁷⁹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO **2002** 3013, **2005** 5021).

⁸⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO **1998** 2923).

⁸¹ RS **832.10**

⁸² Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996 (RO **1997** 564).

⁸³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 4 juillet 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO **1997** 2697).

⁸⁴ RS **832.10**

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;
- 16.⁸⁵ proboscis lateralis;
- 17.⁸⁶ dysplasies dentaires congénitales, lorsqu'au moins douze dents de la seconde dentition après éruption sont très fortement atteintes et lorsqu'il est prévisible de les traiter définitivement par la pose de couronnes;
18. anodontie congénitale totale ou anodontie congénitale partielle par absence d'au moins deux dents permanentes juxtaposées ou de quatre dents permanentes par mâchoire à l'exclusion des dents de sagesse;
19. hyperodontie congénitale, lorsque la ou les dents surnuméraires provoquent une déviation intramaxillaire ou intramandibulaire qui nécessite un traitement au moyen d'appareils;
20. micromandibulie congénitale inférieure, lorsqu'elle entraîne, au cours de la première année de la vie, des troubles de la déglutition et de la respiration nécessitant un traitement ou lorsque:
 - l'appréciation céphalométrique montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB de 9 degrés et plus (ou par un angle ANB d'au moins 7 degrés combiné à un angle maxillo-basal d'au moins 37 degrés);
 - les dents permanentes, à l'exclusion des dents de sagesse, présentent une non-occlusion d'au moins trois paires de dents antagonistes dans les segments latéraux par moitié de mâchoire;
21. mordex apertus congénital, lorsqu'il entraîne une béance verticale après éruption des incisives permanentes et que l'appréciation céphalométrique montre un angle maxillo-basal de 40 degrés et plus (ou de 37 degrés au moins combiné à un angle ANB de 7 degrés et plus);
mordex clausus congénital, lorsqu'il entraîne une supraclusie 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);

⁸⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1998 2923).

⁸⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1998 2923).

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;
- 28.⁸⁷ 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.⁸⁸ rétention ou ankylose congénitale des dents lorsque plusieurs molaires ou au moins deux prémolaires ou molaires de la seconde dentition placées l'une à côté de l'autre (à l'exclusion des dents de sagesse) sont touchées, l'absence de dents (à l'exclusion des dents de sagesse) est traitée de la même manière que la rétention ou l'ankylose;
29. kystes congénitaux du cou, fistules et fentes cervicales congénitales et tumeurs congénitales (cartilage de Reichert);
30. hémangiome caverneux ou tubéreux;
31. lymphangiome congénital, lorsqu'une opération est nécessaire;
32. coagulopathies et thrombocytopathies congénitales;
33. histiocytoses (granulome éosinophilique, maladies de Hand – Schüller – Christian et de Letterer – Siwe);
34. malformations du système nerveux et de ses enveloppes (encéphalocèle, kyste arachnoïdien, myéломéningocèle, hydromyélie, méningocèle, mégalencéphalie, porencéphalie et diastématomyélie);
35. affections hérédo-dégénératives du système nerveux (p. ex.: ataxie de Friedreich, leucodystrophies et affections progressives de la substance grise, atrophies musculaires d'origine spinale ou neurale, dysautonomie familiale, analgésie congénitale);
36. épilepsies congénitales;

⁸⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 2001, en vigueur depuis 1^{er} janv. 2001 (RO 2001 2150).

⁸⁸ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998 (RO 1998 2923). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 2001, en vigueur depuis 1^{er} janv. 2001 (RO 2001 2150).

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'antotie 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. 20⁸⁹ 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

⁸⁹ 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).

et utilisés par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement.

Art. 20a⁹⁰ 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, LAMal⁹¹ ne figurent pas sur la liste. Le remboursement est fixé dans les conventions tarifaires avec celui de l'examen ou du traitement correspondant.

³ La liste des moyens et appareils n'est pas publiée dans le Recueil officiel du droit fédéral (RO) ni dans le Recueil systématique du droit fédéral (RS). Elle paraît en principe une fois par an.⁹²

Art. 21⁹³ 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.

⁹⁰ 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).

⁹¹ RS 832.10

⁹² La liste des moyens et appareils peut être obtenue auprès de l'Office fédéral des constructions et de la logistique, Vente des publications fédérales, 3003 Berne, et peut être consultée soit à l'Office fédéral de la santé publique, Assurance-maladie et accident, 3003 Berne, soit à l'adresse internet:
<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/index.html?lang=fr>.

⁹³ 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. 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.

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. 28⁹⁴

¹ La liste mentionnée à l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 1, LAMal⁹⁵, fait partie intégrante de la présente ordonnance, dont elle constitue l'annexe 3 intitulée «Liste des analyses» («LAna»).⁹⁶

² La liste des analyses n'est pas publiée dans le Recueil officiel des lois fédérales (RO) ni dans le Recueil systématique du droit fédéral (RS). Elle paraît en principe une fois par an⁹⁷.⁹⁸

Section 2 Liste des médicaments avec tarif

Art. 29⁹⁹

¹ La liste prévue à l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 2, LAMal¹⁰⁰, 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.¹⁰¹

⁹⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 1996, en vigueur depuis le 1^{er} oct. 1996 (RO **1996** 2430).

⁹⁵ RS **832.10**

⁹⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 juillet 2000 (RO **2000** 2546).

⁹⁷ La liste des analyses peut être obtenue auprès de l'Office fédéral des constructions et de la logistique, Vente des publications fédérales, 3003 Berne, et peut être consultée soit à l'Office fédéral de la santé publique, Assurance-maladie et accident, 3003 Berne, soit à l'adresse Internet:

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/index.html?lang=fr>.

⁹⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 30 nov. 2004, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2005 (RO **2004** 5401).

⁹⁹ 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).

¹⁰⁰ RS **832.10**

¹⁰¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO **2002** 3013).

Section 3 Liste des spécialités

Art. 30 Principe

¹ Un médicament peut être admis sur la liste des spécialités:¹⁰²

- a.¹⁰³ lorsque la preuve de son efficacité, de sa valeur thérapeutique et de son caractère économique est établie;
- b.¹⁰⁴ lorsqu'il est autorisé par l'Institut suisse des produits thérapeutiques, Swiss-medic.

2 ...¹⁰⁵

Art. 30a¹⁰⁶ Demande d'admission

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

- a. le préavis délivré par Swissmedic précisant l'autorisation qu'il entend donner ainsi que les indications et les dosages qui seront autorisés;
- b. la notice destinée aux professions médicales qui a été fournie à Swissmedic;
- bbis.¹⁰⁷ dans le cas des préparations originales qui sont protégées par un brevet les numéros des brevets et des certificats complémentaires de protection, avec la date d'expiration;
- c. si les notices approuvées dans les pays concernés, le médicament est déjà autorisé à l'étranger;
- d. le résumé de la documentation sur les études cliniques qui a été fournie à Swissmedic;
- e. les études cliniques les plus importantes;
- f. les prix de fabrique dans tous les pays de référence visés à l'art. 35, ainsi que le prix-cible pour la Communauté européenne;
- g. une déclaration du requérant attestant qu'il s'engage à rembourser à l'institution commune un éventuel excédent de recettes conformément à l'art. 67, al. 2^{ter}, OAMal.

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

¹⁰² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

¹⁰³ 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).

¹⁰⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

¹⁰⁵ Abrogé par le ch. II 2 de l'O du DFI du 26 oct. 2001 (RO 2001 3397).

¹⁰⁶ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

¹⁰⁷ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006 (RO 2006 1757).

Art. 31¹⁰⁸ Procédure d'admission

¹ En règle générale, l'OFSP¹⁰⁹ soumet les demandes concernant la liste des spécialités à la Commission fédérale des médicaments (Commission) de ses séances.

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

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

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

- a. les nouvelles formes galéniques proposées au même prix qu'une forme galénique comparable figurant déjà sur la liste des spécialités;
- b. les médicaments ayant fait l'objet d'une demande d'un deuxième requérant auprès de Swissmedic au sens de l'art. 12 de la loi du 15 décembre 2000 sur les produits thérapeutiques¹¹⁰, si la préparation originale figure déjà sur la liste des spécialités;
- c. les médicaments en co-marketing quand la préparation de base figure déjà sur la liste des spécialités.

⁴ Si Swissmedic a accepté une procédure rapide d'autorisation conformément à l'art. 5 de l'ordonnance du 17 octobre 2001 sur les médicaments¹¹¹, l'OFSP entreprend une procédure rapide d'admission. Dans la procédure rapide d'admission, une demande peut être déposée au plus tard 20 jours avant la séance de la Commission durant laquelle elle doit être traitée.

⁵ Si l'attestation de l'autorisation a été délivrée et que la Commission a proposé l'admission, l'OFSP rend en général dans les 30 jours.

Art. 31a¹¹²**Art. 32**¹¹³ 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.

¹⁰⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

¹⁰⁹ La désignation de l'unité administrative a été adaptée en application de l'art. 16 al. 3 de l'O du 17 nov. 2004 sur les publications officielles (RS 170.512.1). Il a été tenu compte de cette modification dans tout le présent texte.

¹¹⁰ RS 812.21

¹¹¹ RS 812.212.21

¹¹² Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013). Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006 (RO 2006 1757).

¹¹³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

Art. 33¹¹⁴ 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.¹¹⁵

Art. 34 Caractère économique

¹ Un médicament est considéré comme économique lorsqu'il produit l'effet thérapeutique recherché à un coût aussi réduit que possible.

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

- a. son prix de fabrication à l'étranger;
- b. son efficacité thérapeutique par rapport à d'autres médicaments dont les indications sont identiques ou les effets similaires;
- c. son coût par jour ou par traitement par rapport à ceux de médicaments dont les indications sont identiques ou les effets similaires;
- d. une prime à l'innovation pour une période de quinze ans au maximum lorsqu'il s'agit d'un médicament d'une catégorie visée à l'art. 31, al. 2, let. a et b; les frais de recherche et de développement sont pris en considération dans cette prime de manière équitale.¹¹⁶

³ Lors de son admission dans la liste des spécialités, un générique est réputé économique lorsqu'il remplit les conditions prévues à l'art. 65, al. 5^{bis}, OAMal; les prix de fabrication des préparations originales réexaminées en vertu de l'art. 37 sont déterminants.¹¹⁷

Art. 35¹¹⁸ Comparaison avec le prix à l'étranger

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

¹¹⁴ 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).

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

¹¹⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

¹¹⁷ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006 (RO 2006 1757).

¹¹⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

² La comparaison est établie avec l'Allemagne, le Danemark, la Grande-Bretagne et les Pays-Bas. Les pays subsidiaires sont la France, l'Autriche et l'Italie; les prix pratiqués dans ces pays peuvent tenir lieu d'indicateurs généraux. La comparaison peut être établie avec d'autres pays.

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

Art. 35a¹¹⁹ Part relative à la distribution

¹ La part relative à la distribution pour les médicaments qui ne sont remis que sur prescription, selon la classification de Swissmedic, se compose d'une prime fixée en fonction du prix de fabrication (prime relative au prix) et d'une prime par emballage.¹²⁰

² La prime relative au prix selon l'al. 1 prend notamment en compte les coûts en capitaux résultant de la gestion des stocks et des avoirs non recouvrés.

³ La prime par emballage prend notamment en compte les frais de transport, d'infrastructure et de personnel. Elle peut être échelonnée selon le prix de fabrication.

⁴ La part relative à la distribution pour les médicaments qui sont remis sans prescription, selon la classification de Swissmedic, se compose d'une prime fixée en fonction du prix de fabrication (prime relative au prix). Celle-ci prend en compte tous les coûts rémunérés par la part relative à la distribution.¹²¹

⁵ L'OFSP peut fixer la part relative à la distribution selon les fournisseurs de prestations et les catégories de remise. Il peut en outre tenir compte de situations de distribution particulières. Il entend les associations concernées avant de fixer la part relative à la distribution.¹²²

Art. 35b¹²³ Réexamen dans les 36 mois¹²⁴

¹ En cas de réexamen d'une préparation originale au sens de l'art. 65a, al. 1, OAMal, le titulaire de l'autorisation doit fournir à l'OFSP, au plus tard 30 mois après l'admission de la préparation originale dans la liste des spécialités, les documents suivants:¹²⁵

¹¹⁹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO 2000 3088).

¹²⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

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

¹²² 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).

¹²³ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

¹²⁴ 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).

¹²⁵ 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).

- a. les prix pratiqués dans tous les pays de référence visés à l'art. 35, al. 2;
- b. le nombre d'emballages de la préparation originale, sous toutes ses formes commerciales, vendus depuis son inscription dans la liste des spécialités;
- c. la confirmation, par l'organe de révision de l'entreprise titulaire de l'autorisation de la préparation originale concernée, de l'exactitude des indications faites à la let. b.¹²⁶

² Pour le réexamen du caractère économique, la comparaison est établie en règle générale avec les mêmes médicaments que lors de l'admission.

³ S'il résulte de ce réexamen que le prix est trop élevé, l'OFSP en décide la baisse. Il examine en outre si un excédent de recettes au sens de l'art. 67, al. 2^{ter}, OAMal, a été réalisé.

⁴ Toutes les formes commerciales d'un médicament sont prises en compte dans le calcul des limites déterminantes pour un remboursement selon l'art. 67, al. 2^{ter}, OAMal.

⁵ L'excédent de recettes est établi comme suit:

- a. la différence de prix entre le prix de fabrique lors de l'admission et le prix de fabrique après la baisse du prix est calculée;
- b. cette différence de prix est ensuite multipliée par le nombre d'emballages vendus entre le moment de l'admission et celui de la baisse de prix.

⁶ L'OFSP décide du montant de l'excédent de recettes et du délai dans lequel cette somme doit être versée à l'institution commune.

Art. 36 Evaluation du caractère économique au cours des
15 premières années¹²⁷

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.¹²⁸

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

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

Art. 37¹²⁹ Réexamen à l'expiration du brevet ou après 15 ans

¹ En cas de réexamen d'une préparation originale au sens de l'art. 65b, al. 1, OAMal, le titulaire de l'autorisation doit communiquer spontanément à l'OFSP les prix pratiqués dans tous les pays de référence visés à l'art. 35, al. 2:

¹²⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006 (RO 2006 1757).

¹²⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006 (RO 2006 1757).

¹²⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006 (RO 2006 1757).

¹²⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006 (RO 2006 1757).

- a. au plus tard six mois avant l'expiration de la protection du brevet;
- b. si la protection du brevet expire plus de 15 ans après l'admission de la préparation originale dans la liste des spécialités, au plus tard six mois avant l'expiration d'un délai de 15 ans.

² Si ce réexamen révèle que le prix est trop élevé, l'OFSP en décide la diminution.

Art. 37a¹³⁰

Art. 37b¹³¹ Extension des indications

En cas de réexamen d'une préparation originale suite à une extension des indications selon l'art. 66 OAMal, le titulaire de l'autorisation doit fournir à l'OFSP, au plus tard sept ans après l'admission de la préparation originale dans la liste des spécialités, la décision correspondante et les documents visés à l'art. 30a, al. 1, let. b à f.

Art. 37c¹³²

Art. 37d¹³³ Etendue et moment des réexamens

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

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

Art. 38 Emoluments

¹ Un émolument de 2000 francs par forme galénique est dû pour tout médicament faisant l'objet d'une première demande. Si la demande concerne un médicament ayant fait l'objet d'une procédure rapide d'autorisation et qu'elle doive aussi être traitée de manière rapide par l'OFSP, l'émolument s'élève à 2400 francs.¹³⁴

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.¹³⁵

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

¹³⁰ 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).

¹³¹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006 (RO 2006 1757).

¹³² Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006 (RO 2006 1757). Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 24 sept. 2007 (RO 2007 4443 4633).

¹³³ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006 (RO 2006 1757).

¹³⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

¹³⁵ 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).

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

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

Section 4¹³⁶ Quote-part des médicaments

Art. 38a¹³⁷

¹ La quote-part s'élève à 20 % des coûts qui dépassent la franchise pour:¹³⁸

- a.¹³⁹ les préparations originales, lorsque les génériques avec lesquels elles sont interchangeables figurent dans la liste des spécialités et ont des prix maximum (art. 67, al. 1^{bis}, OAMal) inférieurs d'au moins 20 % à celui de la préparation originale correspondante;
- b. les préparations co-marketing au sens de l'art. 2, let. c, de l'ordonnance de l'Institut suisse des produits thérapeutiques du 9 novembre 2001 sur l'autorisation simplifiée et l'annonce obligatoire des médicaments (OASMéd)¹⁴⁰ correspondant aux préparations originales selon la let. a.

² Lorsque le médecin ou le chiropraticien exige, pour des raisons médicales, expressément, une préparation originale, l'al. 1 n'est pas applicable.¹⁴¹

³ Le médecin ou le chiropraticien informe le patient lorsqu'au moins un générique interchangeable avec la préparation originale figure dans la liste des spécialités.¹⁴²

Titre 2 Conditions du droit de fournir des prestations

Chapitre 1¹⁴³ ...

Art. 39

¹³⁶ 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).

¹³⁷ Voir la disp. fin. mod. 12.12.2005, à la fin du présent texte.

¹³⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 12 déc. 2005 (RO 2006 21).

¹³⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 12 déc. 2005 (RO 2006 21).

¹⁴⁰ [RO 2001 3469. RO 2006 3623 art. 43]. Voir actuellement l'O de l'Institut suisse des produits thérapeutiques du 22 juin 2006 sur l'autorisation simplifiée de médicaments et l'autorisation de médicaments sur annonce (RS 812.212.23).

¹⁴¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 12 déc. 2005 (RO 2006 21).

¹⁴² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 12 déc. 2005 (RO 2006 21).

¹⁴³ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

Chapitre 2 Ecoles de chiropratique

Art. 40¹⁴⁴

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 étrangères¹⁴⁵.

Chapitre 3¹⁴⁶ ...

Art. 41

Chapitre 4 Laboratoires

Art. 42 Formation et formation postgraduée

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

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

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

⁴ ...¹⁴⁷

¹⁴⁴ 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 (RS **811.115.4**).

¹⁴⁵ RS **811.115.4**

¹⁴⁶ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 29 juin 1999 (RO **1999** 2517).

¹⁴⁷ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 4 avril 2007 (RO **2007** 1367).

Art. 43¹⁴⁸ 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.¹⁴⁹

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).¹⁵⁰

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

Sont abrogées:

- a. l'ordonnance 2 du DFI du 16 février 1965¹⁵¹ 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 1965¹⁵² 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 1965¹⁵³ 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 1965¹⁵⁴ sur l'assurance-maladie concernant les instituts de chiropratique reconnus;

¹⁴⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 17 nov. 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2004 (RO 2003 5283). Voir aussi les disp. fin. de cette modification, à la fin du présent texte.

¹⁴⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 4 avril 2007 (RO 2007 1367).

¹⁵⁰ Voir aussi les disp. fin. mod. 4.4.2007, à la fin du présent texte.

¹⁵¹ [RO 1965 131, 1970 949, 1971 1719, 1986 1487 ch. II]

¹⁵² [RO 1965 429, 1968 1052, 1974 688, 1986 891]

¹⁵³ [RO 1965 619, 1986 1487 ch. II]

¹⁵⁴ [RO 1965 1211, 1986 1487 ch. II, 1988 973]

- e. l'ordonnance 7 du DFI du 13 décembre 1965¹⁵⁵ 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 1985¹⁵⁶ sur l'assurance-maladie concernant les traitements psychothérapeutiques à la charge des caisses-maladie reconnues;
- g. l'ordonnance 9 du DFI du 18 décembre 1990¹⁵⁷ 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 1968¹⁵⁸ sur l'assurance-maladie concernant l'admission des médicaments sur la liste des spécialités;
- i. l'ordonnance du DFI du 28 décembre 1989¹⁵⁹ sur les médicaments obligatoirement pris en charge par les caisses-maladie reconnues;
- k. l'ordonnance du DFI du 23 décembre 1988¹⁶⁰ sur les analyses obligatoirement prises en charge par les caisses-maladie reconnues.

Art. 45¹⁶¹**Art. 46** Entrée en vigueur¹⁶²

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

² ...¹⁶³

³ ...¹⁶⁴

¹⁵⁵ [RO 1965 1213, 1968 838, 1971 1258, 1986 1487 ch. II, 1988 2012, 1993 349, 1995 890]

¹⁵⁶ [RO 1986 87]

¹⁵⁷ [RO 1991 519, 1995 891]

¹⁵⁸ [RO 1968 1543, 1986 1487]

¹⁵⁹ [RO 1990 127, 1991 959, 1994 765]

¹⁶⁰ [RO 1989 374, 1995 750 3688]

¹⁶¹ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000 (RO 2000 3088).

¹⁶² 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).

¹⁶³ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 15 janv. 1996 (RO 1996 909).

¹⁶⁴ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 26 fév. 1996 (RO 1996 1232).

Disposition finale de la modification du 17 novembre 2003¹⁶⁵

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»)¹⁶⁶.

Disposition finale de la modification du 12 décembre 2005¹⁶⁷

Les assureurs appliquent la réglementation prévue à l'art. 38a d'ici au 1^{er} avril 2006.

Dispositions finales de la modification du 3 juillet 2006¹⁶⁸

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^{169,170}

² Les art. 2 et 3 dans leur teneur du 29 septembre 1995¹⁷¹ s'appliquent aux traitements psychothérapeutiques commencés avant l'entrée en vigueur de la présente modification¹⁷².

Dispositions finales de la modification du 4 avril 2007¹⁷³

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 2007¹⁷⁴.

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.

¹⁶⁵ RO 2003 5283

¹⁶⁶ Non publié au RO. Ce règlement peut être consulté à l'Office fédéral des assurances sociales, Effingerstrasse 20, 3003 Berne.

¹⁶⁷ RO 2006 21

¹⁶⁸ RO 2006 2957

¹⁶⁹ RO 2006 23

¹⁷⁰ En vigueur depuis le 1^{er} juillet 2006.

¹⁷¹ RO 1995 4964

¹⁷² Cette modification entre en vigueur le 1^{er} janv. 2007.

¹⁷³ RO 2007 1367

¹⁷⁴ Cette modification entre en vigueur le 1^{er} avril 2007.

Dispositions transitoires de la modification du 19 septembre 2007¹⁷⁵

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

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

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

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

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

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

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

*Annexe 1*¹⁷⁶
(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.

¹⁷⁶ Nouvelle teneur selon le ch. II al. 1 de l'O du DFI du 9 nov. 2005 (RO **2006** 23). Mise à jour selon le ch. II de l'O du DFI du 3 juillet 2006 (RO **2006** 2957), le ch. II al. 1 des O du DFI du 20 déc. 2006 (RO **2006** 5769), du 28 juin 2007 (RO **2007** 3581), du 21 nov. 2007 (RO **2007** 6839), du 26 juin 2008 (RO **2008** 3553), du 10 déc. 2008 (RO **2008** 6493) et du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO **2009** 2821).

Table des matières de l'annexe 1

- 1 Chirurgie
 - 1.1 Chirurgie générale
 - 1.2 Chirurgie de transplantation
 - 1.3 Orthopédie, traumatologie
 - 1.4 Urologie et proctologie
 - 2 Médecine interne
 - 2.1 Médecine interne générale
 - 2.2 Maladies cardio-vasculaires, médecine intensive
 - 2.3 Neurologie, y compris thérapie des douleurs
 - 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
 - 10. Médecine complémentaire
 - 11. Réadaptation
- Index alphabétique

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; angiocardio-graphie, produit de contraste compris; hypothermie; emploi du cœur-poumon artificiel; emploi d'un Cardioverter comme stimulateur, défibrillateur ou moniteur cardiaque; conserves de sang et sang frais; pose d'une valvule 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
Traitement chirurgical de l'adiposité (pontage gastrique par Roux-en-Y, anneau gastrique, gastroplastie verticale)	Oui	En cours d'évaluation a. Après en avoir référé au médecin-conseil. b. Le patient ne doit pas avoir plus de 65 ans. c. Le patient présente un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 40. d. Un traitement amaigrissant approprié de deux ans est resté sans effet. e. Le patient souffre en outre d'une des maladies suivantes: hypertension artérielle mesurée à l'aide d'un brassard large; diabète sucré; syndrome d'apnée du sommeil; dyslipémie; affection dégénérative invalidante de l'appareil locomoteur; coronaropathie; stérilité avec hyper-androgénisme; ovaires polykystiques chez une patiente en âge de procréer.	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		f. L'opération doit être exécutée dans un centre hospitalier disposant d'une équipe interdisciplinaire et expérimentée en chirurgie, psychothérapie, conseils nutritionnels et médecine interne.	
		g. Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	
Traitement de l'adiposité par ballonnet intragastrique	Non		25.8.1988
Thérapie à radiofréquence pour le traitement des varices	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Traitement des varices par laser endoveineux	Non		1.1.2004
<i>1.2 Chirurgie de transplantation</i>			
Transplantation rénale isolée	Oui	Sont inclus les frais d'opération du donneur, y compris le traitement des complications éventuelles ainsi que les prestations visées à l'art. 14, al. 1 et 2, de la loi fédérale du 8 octobre 2004 sur la transplantation ¹⁷⁷ et à l'art. 12 de l'ordonnance du 16 mars 2007 sur la transplantation ¹⁷⁸ . La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de décès éventuel du donneur est exclue.	25.3.1971/ 23.3.1972/ 1.8.2008
Transplantation cardiaque isolée	Oui	En cas d'affections cardiaques graves et incurables telles que la cardiopathie ischémique, la cardio-myopathie idiopathique, les malformations cardiaques et l'arythmie maligne.	31.8.1989
Transplantation isolée du poumon d'un donneur non vivant	Oui	Stade terminal d'une maladie pulmonaire chronique. Dans les centres suivants: Hôpital universitaire de Zurich, Hôpital cantonal universitaire de Genève en collaboration avec le Centre hospitalier universitaire vaudois, si les centres participant au registre de SwissTransplant.	1.1.2003
Transplantation cœur-poumon	Non		31.8.1989/ 1.4.1994

¹⁷⁷ RS 810.21

¹⁷⁸ RS 810.211

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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Greffé d'épiderme autologue de culture (kératinocytes)	Oui	Adultes: – brûlures à 70 % ou plus de la surface corporelle totale; – brûlures profondes à 50 % ou plus de la surface corporelle totale. Enfants: – brûlures à 50 % ou plus de la surface corporelle totale; – brûlures profondes à 40 % ou plus de la surface corporelle totale.	1.1.1997/ 1.1.2001
Traitement de plaies difficilement guérissables au moyen d'une greffe de peau issue d'une culture	Oui	Equivalents de peau autogènes ou allo-gènes autorisés selon les prescriptions légales. Après un traitement conservateur approprié qui a échoué. Pose de l'indication et sélection de la méthode ou du produit selon les directives du 1 ^{er} avril 2008 sur l'utilisation des équivalents de peau en cas des plaies difficilement guérissables, émises par la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies. Dans des centres certifiés par la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies.	1.1.2001/ 1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.4.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2008/ 1.8.2008
<i>1.3 Orthopédie, traumatologie</i>			
Traitement des défauts de posture	Oui	Prestation obligatoire seulement pour les traitements de caractère nettement thérapeutique, c.-à-d. si des modifications de structure ou des malformations de la colonne vertébrale décelables à la radiographie sont devenues manifestes. Les mesures prophylactiques qui ont pour but d'empêcher d'imminentes modifications du squelette, telles que la gymnastique spéciale pour fortifier un dos faible, ne sont pas à la charge de l'assurance.	16.1.1969
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire d'un lubrifiant artificiel	Non		25.3.1971
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire de téflon ou de silicone en tant que «lubrifiant»	Non		12.5.1977

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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
Grefte ostéochondrale en mosaïque pour couvrir des lésions du tissu osseux ou cartilagineux	Non		1.1.2002
Grefte 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. Indications selon les lignes directrices du 23.9.2004 de la Société suisse de chirurgie spinale. L'opération doit être exécutée par un chirurgien agréé par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie. Les fournisseurs de prestations tiennent un registre national, coordonné par l'Institut de recherche évaluative en chirurgie orthopédique de l'Université de Berne.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008
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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
<i>1.4 Urologie et proctologie</i>			
Uroflowmétrie (mesure du flux urinaire par enregistrement de courbes)	Oui	Limité aux adultes	3.12.1981
Lithotripsie rénale extra corporelle par ondes de choc (ESWL), fragmentation des calculs rénaux	Oui	Indications 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 a. lithiases du bassin; b. lithiases calicielles; c. lithiases de l'uretère. Les risques accrus entraînés par la position particulière du patient en cours de narcose exigent une surveillance anesthésique appropriée (formation spéciale des médecins et du personnel paramédical – aides en anesthésiologie – et appareils adéquats de surveillance).	22.8.1985/ 1.8.2006
Traitement chirurgical des troubles de l'érection			
– Prothèses 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 microondes transurétrales à haute énergie (HE-TUMT)	Non		1.1.2004

Mesure	Obligatoirement 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 urinaire et des troubles de la vidange vésicale	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. Ne peut être effectuée que dans une institution reconnue, disposant d'une unité d'urodynamique capable de réaliser une évaluation dynamique 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
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

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 de la mâchoire; – ostéomyélite chronique; – maladie de la décompression lorsque la notion d'accident n'est pas satisfaite. 	1.4.1994 1.9.1988 1.1.2006
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
– par l'injection de choriogonadotrophine	Non		7.3.1974
Hémodialyse («rein artificiel»)	Oui		1.9.1967
Hémodialyse à domicile	Oui		27.11.1975
Dialyse péritonéale	Oui		1.9.1967
Nutrition entérale à domicile	Oui	Lorsqu'une nutrition suffisante par voie orale sans utilisation de sonde est impossible.	1.3.1995
Nutrition entérale à domicile sans utilisation de sonde	Non		1.7.2002
Nutrition parentérale à domicile	Oui		1.3.1995
Insulinothérapie à l'aide d'une pompe à perfusion continue	Oui	Aux conditions suivantes: <ul style="list-style-type: none"> – le patient souffre d'un diabète extrêmement labile; – son affection ne peut pas être stabilisée de manière satisfaisante par la méthode des injections multiples; 	27.8.1987/ 1.1.2000

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		– 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.	
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; – maladies du système immunitaire, lorsqu'une plasmaphérèse s'est révélée efficace, soit notamment en cas de: – myasthénie grave – purpura thrombocytopénique – anémie hémolytique immune – leucémie – syndrome de Goodpasture – syndrome de Guillain-Barré – intoxication aiguë – hypercholestérolémie familiale homozygote.	25.8.1988
LDL-Aphérèse	Oui	Hypercholestérolémie familiale homozygote Mise en oeuvre dans un centre qui dispose de l'infrastructure et de l'expérience nécessaire.	25.8.1988/ 1.1.2005
	Non	Hypercholestérolémie familiale hétérozygote	1.1.1993/ 1.3.1995/ 1.1.2005
	Non	En cas de hypercholestérolémie réfractaire à la thérapie	1.1.2007
Greffe de cellules souches hématopoïétiques		Dans les centres qualifiés par l'organe de certification du STABMT (Groupe de travail de SwissTransplant pour la transplantation de cellules du sang et de la moelle). Exécution selon les normes éditées par le Comité conjoint d'accréditation de l'ISCT & EBMT (JACIE) et la Fondation pour l'accréditation de la thérapie cellulaire (FACT) «International standards for cellular therapy product collection, procession and administration», 3 ^e édition, du 19 février 2007.	1.8.2008

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<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 sur la transplantation et à l'art. 12 de l'ordonnance sur la transplantation.</p> <p>La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de décès du donneur est exclue.</p>	
– autologue	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – lymphomes – leucémie lymphatique aiguë – leucémie myéloïde aiguë – myélome multiple. 	1.1.1997
	Oui	<p>dans le cadre d'études cliniques:</p> <ul style="list-style-type: none"> – syndrome myéloдисplastique – neuroblastome – médulloblastome – leucémie myéloïde chronique – cancer du sein – tumeur germinale – cancer de l'ovaire – sarcome d'Ewing – sarcome des tissus mous – tumeur de Wilms – rhabdomyosarcome – tumeur solide rare de l'enfant. 	1.1.2002/ 1.1.2008 jusqu'au 31.12.2012
	Oui	<p>Dans le cadre d'études cliniques multicentriques prospectives:</p> <ul style="list-style-type: none"> – en cas de maladie auto-immune. <p>Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.</p> <p>En cas d'échec de la thérapie conventionnelle ou de progression de la maladie.</p>	1.1.2002/ 1.1.2008 jusqu'au 31.12.2012
	Non	<ul style="list-style-type: none"> – récurrence d'une leucémie myéloïde aiguë – récurrence d'une leucémie lymphatique aiguë – cancer du sein avec métastases osseuses étendues – carcinome bronchique à petites cellules – maladies congénitales. 	1.1.1997/ 1.1.2008
– allogénique	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – leucémie myéloïde aiguë – leucémie lymphatique aiguë – leucémie myéloïde chronique – syndrome myéloдисplastique – anémie aplasique – déficit immunitaire et enzymopathie 	1.1.1997

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		congénitale	
		– thalassémie et anémie drépanocytaire (donneur génotypiquement HLA-identique).	
	Oui	dans le cadre d'études cliniques: – myélome multiple – tumeur du système lymphatique (lymphome de Hodgkin, lymphome non hodgkinien, leucémie lymphatique chronique) – carcinome du rein.	1.1.2002/ 1.1.2008 jusqu'au 31.12.2012
	Oui	Dans le cadre d'études cliniques multicentriques prospectives: – en cas de maladie auto-immune. Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. En cas d'échec de la thérapie conventionnelle ou de progression de la maladie.	1.1.2002/ 1.1.2008 jusqu'au 31.12.2012
	Non	– tumeurs solides – mélanome.	1.1.1997/ 1.1.2008
	Non	En cours d'évaluation – cancer du sein.	1.1.2002/ 1.1.2008
Lithotritie des calculs biliaires	Oui	Calcul biliaire intrahépatique; calcul biliaire extrahépatique dans la région du pancréas et du cholédoque. Calculs intrarésiculaires lorsque le patient est inopérable (y compris par une cholécystectomie laparoscopique).	1.4.1994
Polysomnographie Polygraphie	Oui	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 nocturne ou comportements violents pendant le sommeil), lorsque le diagnostic est incertain et qu'une thérapie s'impose. Prescription et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives du 6 septembre 2001 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie.	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

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 diagnostic initial est incertain et seulement lorsque le traitement au comportement ou médi- camenteux est sans succès; – troubles persistants du rythme circa- dien, lorsque le diagnostic est incertain.	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003
Polygraphie	Oui	Forté suspicion d'un syndrome de l'apnée du sommeil. Exécution par un médecin spécialisé (pneumologie FMH) pouvant justifier d'une formation et d'une expérience pra- tique en polygraphie respiratoire conforme aux directives du 6 septembre 2001 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie.	1.7.2002/ 1.1.2006
Dosage de la mélatoni- ne sérique	Non		1.1.1997
Test des latences multi- ples d'endormissement (Multiple sleep latency test)	Oui	Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives de 1999 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie.	1.1.2000
Test de maintien de l'éveil (Maintenance of wakefulness test)	Oui	Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives de 1999 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie.	1.1.2000
Actigraphie	Oui	Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives de 1999 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie.	1.1.2000
Test respiratoire à l'urée (13C) pour mise en évidence d'Helicobacter pylori	Oui		16.9.1998/ 1.1.2001
Immunothérapie par cellules dendritiques pour le traitement du mélanome	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Traitement photodyna- mique au méthylester de l'acide aminolévolu- nique	Oui	Kératose actinique, carcinome basocel- lulaire, maladie de Bowen et carcinome spinocellulaire mince.	1.7.2002

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Calorimétrie et/ou mesure de la densité corporelle dans le traitement de l'adiposité	Non		1.1.2004
Capsule-endoscopie	Oui	Pour examen de l'intestin grêle, de l'angle de Treitz à la valvule iléocœcale – hémorragies d'origine inconnue – inflammation chronique de l'intestin grêle – si la gastroscopie et la colonoscopie se sont révélées négatives Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	1.1.2004/ 1.1.2006
Photophorèse extracorporelle	Oui	Réticulomatose cutanée (syndrome de Sézary)	1.1.1997
	Non	– Maladie du greffon contre l'hôte – 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 directives du groupe de travail «Stimulation cardiaque et électrophysiologie» de la Société suisse de cardiologie du 26 mai 2000.	1.1.2001
Surveillance téléphonique des stimulateurs cardiaques	Non		12.5.1977
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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Thérapie de resynchronisation cardiaque sur la base d'un stimulateur cardiaque à triple chambre, implantation et changement d'agrégat	Oui	En cas d'insuffisance cardiaque chronique sévère réfractaire avec asynchronisme interventriculaire. Aux conditions suivantes: – insuffisance chronique sévère (NYHA III ou IV) avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche $\leq 35\%$ malgré traitement médicamenteux adéquat; – bloc de branche gauche avec allongement du QRS ≥ 130 millisecondes. Investigation et implantation seulement dans un centre de cardiologie qualifié, disposant d'une équipe interdisciplinaire avec les compétences requises en électrophysiologie cardiaque et de l'infrastructure nécessaire (échocardiographie, console de programmation, laboratoire de cathétérisme cardiaque).	1.1.2003/ 1.1.2004
Curiethérapie endocoronarienne	Non	En cours d'évaluation	1.1.2003
Implantation de stents coronariens à libération de médicaments	Oui		1.1.2005
<i>2.3 Neurologie, y compris la thérapie des douleurs</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'examens 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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Electrostimulation des structures cérébrales profondes par implantation d'un système de neurostimulation	Oui	Traitement des douleurs chroniques graves: douleurs de désafférentation d'origine centrale (par ex. lésion cérébrale ou intrarachidienne, lacération intradurale du nerf), lorsqu'il existe une indication stricte et qu'un test a été effectué au moyen d'une électrode percutanée. Le remplacement du générateur d'impulsions est une prestation obligatoire.	1.3.1995
Opération stéréotactique en vue de traiter la maladie de Parkinson chronique et réfractaire aux traitements non chirurgicaux (ablation par radiofréquence et stimulations chroniques du pallidum, du thalamus et du noyau subthalamique)	Oui	Diagnostic établi d'une maladie de Parkinson idiopathique. Progression des symptômes sur un minimum de deux ans. Contrôle insuffisant des symptômes par le traitement dopaminergique (phénomène off, fluctuations on/off, dyskinésies on). Examens et opérations dans des centres spécialisés qui disposent des infrastructures nécessaires (neurochirurgie fonctionnelle, neurologie, neuroradiologie).	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
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); 	23.8.1984

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> – douleurs pouvant être déclenchées ou renforcées par la stimulation (pression, extension ou stimulation électrique) d'un point névralgique; par ex. douleurs de type sciatique ou syndromes de l'épaule et du bras; – douleurs provoquées par la compression des nerfs; par ex. douleurs irradiantes persistantes après opération d'une hernie discale ou du canal carpien. 	
Traitement par 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
Potentiels évoqués moteurs dans le cadre d'examens neurologiques spécialisés	Oui	Diagnostic d'une maladie neurologique. L'examineur responsable est titulaire du certificat de capacité ou de l'attestation de formation complémentaire en électroencéphalographie ou en électroneuromyographie de la Société suisse de neurophysiologie clinique.	1.1.1999
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 pharmacothérapie. – 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. 	1.1.1996/ 1.8.2006
Chirurgie palliative de l'épilepsie par: <ul style="list-style-type: none"> – commissurotomie – opération sous-apiale multiple (selon Morell-Whisler) – stimulation du nerf vague 	Oui	<p>Prise en charge seulement si l'assuré a donné préalablement 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 intradiscal	Non		1.1.2004
Cryoneurolyse	Non	Pour le traitement des douleurs des articulations intervertébrales lombaires	1.1.1997
Dénervation par radio-fréquence 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. – 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
Prothèse de disque	Oui	En cours d'évaluation Dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale cervicale et lombaire. 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.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009 jusqu'au 31.12.2010

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> – Dégénérescence de 2 segments maximum – Dégénérescence minimale des segments contigus – Absence d'arthrose primaire des articulations vertébrales (colonne vertébrale lombaire) – Absence de cyphose segmentaire primaire (colonne vertébrale cervicale) – Prise en compte de toutes les contre-indications générales. <p>L'opération doit être exécutée par un chirurgien agréé par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie.</p> <p>Les fournisseurs de prestations tiennent un registre national, coordonné par l'Institut de recherche évaluative en chirurgie orthopédique de l'Université de Berne.</p>	
Stabilisation intrarachidienne et dynamique de la colonne vertébrale (par ex. de type DIAM)	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <p>L'opération doit être exécutée par un chirurgien agréé par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie.</p> <p>Les fournisseurs de prestations tiennent un registre national, coordonné par l'Institut de recherche évaluative en chirurgie orthopédique de l'Université de Berne.</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009 jusqu'au 31.12.2010</p>
Stabilisation dynamique du rachis lombaire (par ex. de type DYNESIS)	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <p>L'opération doit être exécutée par un chirurgien agréé par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie.</p> <p>Les fournisseurs de prestations tiennent un registre national, coordonné par l'Institut de recherche évaluative en chirurgie orthopédique de l'Université de Berne.</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009 jusqu'au 31.12.2010</p>

2.4 Médecine physique, rhumatologie

Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire d'un lubrifiant artificiel	Non		25.3.1971
---	-----	--	-----------

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire de téflon ou de silicone en tant que «lubrifiant»	Non		12.5.1977
Synoviorthèse	Oui		12.5.1977
Thérapie par laser froid	Non		1.1.2001
<i>2.5 Oncologie</i>			
Traitement du cancer par pompe à perfusion (chimiothérapie)	Oui		27.8.1987
Traitement par laser pour chirurgie palliative à minima	Oui		1.1.1993
Perfusion isolée des membres en hyperthermie et au moyen du facteur de nécrose tumorale (TNF)	Oui	Mélanome malin atteignant exclusivement un membre. Sarcome des tissus mous atteignant exclusivement un membre. Dans un centre spécialisé ayant l'expérience du traitement interdisciplinaire des mélanomes et des sarcomes étendus des membres par cette méthode. Le traitement est effectué par une équipe composée de médecins spécialisés en chirurgie oncologique, en chirurgie vasculaire, en orthopédie, en anesthésie et en médecine intensive. Le traitement doit être effectué en salle d'opération, sous anesthésie générale et sous monitoring continu par sonde de Swan-Ganz.	1.1.1997/ 1.1.2001
	Non	Mélanome ou sarcome: – envahissant la racine du membre; – accompagné de métastases viscérales.	1.1.2001
Immunothérapie spécifique active pour la thérapie adjuvante du cancer du colon de stade II	Non		1.8.2007
Low-dose-rate-Curiethérapie	Oui	En cours d'évaluation Par grains d'iode 125 ou de palladium 103. En cas de carcinome de la prostate avec risque de récurrence faible ou moyen et – espérance de vie > 5 ans – volume de la prostate < 60 ccm – pas d'obstruction vésicale sévère. Centre qualifié offrant une collaboration	1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2009 jusqu'au 31.12.2013

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		interdisciplinaire étroite entre urologues, radio-oncologues et physiciens médi- caux. Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statisti- que des coûts.	
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: – 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 per- manent ou d'une anomalie physique, et si d'autres méthodes de contraception ne sont pas possibles pour des raisons médi- cales (au sens large).	11.12.1980
– du conjoint	Oui	Lorsqu'une stérilisation remboursable se révèle impossible pour la femme ou lorsqu'elle n'est pas souhaitée par les époux, l'assureur de la femme doit pren- dre en charge la stérilisation du mari.	1.1.1993
Traitement au laser du cancer du col in situ	Oui		1.1.1993
Ablation non chirurgi- cale de l'endomètre	Oui	Pour le traitement des ménorragies fon- ctionnelles résistant à la thérapie chez les femmes avant le ménopause.	1.1.1998
Embolisation de fibrome de l'utérus	Non		1.1.2004/ 1.1.2005
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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Cytologie en couches minces pour la détection précoce des cancers du col de l'utérus selon les méthodes ThinPrep ou Autocyte Prep/SurePath (art. 12e, let. b, OPAS)	Oui		1.4.2003/ 1.7.2005/ 1.8.2008
Détection du papillomavirus humain (HPV) pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (art. 12e, let. b, OPAS)	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002/ 1.8.2008
Interventions mammaires mini-invasives sous guidage radiologique ou échographique	Oui	Selon les directives du 2 novembre 2009 de la Société Suisse de Sénologie.	1.7.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2007/ 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 «Evaluation du TVT (Tension-free vaginal tape) pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort féminine». – L'implant Reemex® n'est pas pris en charge. 	1.1.2004/ 1.1.2005

4 Pédiatrie, psychiatrie de l'enfant

Programmes de traitements ambulatoires et pluridisciplinaires destinés aux enfants et adolescents souffrant de surpoids ou d'obésité	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <p>1. Indication:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. en cas d'obésité (IMC > 97^e centile); b. en cas de surpoids (IMC entre le 90^e et le 97^e centile) et présence d'au moins une des maladies ci-après si le surpoids en aggrave le pronostic ou si elles sont dues à la surcharge pondérale: hypertension, diabète sucré de type 2, troubles de la tolérance glucidique, troubles endocriniens, syndrome des ovaires polykystiques, maladie orthopédiques, stéatohépatite non alcoolique, maladies respiratoires, glomérulopathie, troubles alimentaires faisant l'objet d'un traitement psychiatrique. 	1.1.2008/ 1.7.2009 jusqu'au 31.12.2013
--	-----	--	---

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>Définition de l'obésité, du surpoids et des maladies selon les recommandations de la Société suisse de pédiatrie (SSP) éditées dans la revue «Pediatria», n° 6/2006 du 19.12.2006.</p> <p>2. Programmes:</p> <p>a. approche thérapeutique pluridisciplinaire selon les exigences de l'association suisse Obésité de l'enfant et de l'adolescent (AKJ) éditées dans la revue «Pediatria», n° 2/2007 du 13.4.2007;</p> <p>b. programmes en groupes dirigés par un médecin et agréés par la commission formée de représentants de la SSP et de l'AKJ.</p> <p>3. Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts:</p> <p>a. traitements entrant dans le cadre du projet d'évaluation de la SSP et de l'AKJ;</p> <p>b. pour les traitements entrant dans le cadre de ce projet d'évaluation, une rémunération forfaitaire est convenue.</p>	
Thérapie par le jeu et la peinture chez l'enfant	Oui	Pratiquée par le médecin ou sous sa surveillance directe.	7.3.1974
Traitement de l'énurésie par appareil avertisseur	Oui	Dès l'âge de 5 ans	1.1.1993
Electrostimulation de la vessie	Oui	En cas de problèmes organiques de la miction.	16.2.1978
Gymnastique de groupe pour enfants obèses	Non		18.1.1979
Monitoring de la respiration; monitoring de la respiration et de la fréquence cardiaque	Oui	Chez les nourrissons à risque, sur prescription d'un médecin pratiquant dans un centre régional de diagnostic de la mort subite du nourrisson (SIDS).	25.8.1988/ 1.1.1996
Echographie selon la méthode de Graf de la hanche des nouveau-nés et des nourrissons	Oui	Examen effectué par un médecin spécialement formé à cette méthode.	1.7.2004/ 1.8.2008
Thérapie stationnaire loin du domicile lors d'adiposité sévère	Non		1.1.2005

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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:			
– naevus télangiectasique	Oui		1.1.1993
– condylome acuminé	Oui		1.1.1993
– cicatrices d'acné	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
– chéloïde	Non		1.1.2004
Thérapie climatique au bord de la Mer Morte	Non		1.1.1997/ 1.1.2001
Balnéo-photothérapie ambulatoire	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
6 Ophtalmologie			
Traitement orthoptique	Oui	Par le médecin lui-même ou sous sa surveillance directe.	27.3.1969
Potentiels évoqués visuels dans le cadre d'examen ophtalmologiques spéciaux	Oui		15.11.1979
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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Correction de l'anisométrie par chirurgie réfractive	Oui	Prestation obligatoire seulement s'il existe une anisométrie supérieure à 3 dioptries non corrigeable par des lunettes et une intolérance durable aux lentilles de contact; pour la correction d'un œil pour obtenir des valeurs corrigeables 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
	Oui	En cours d'évaluation En cas de néovascularisation provoquée par une myopie pathologique. Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006 jusqu'au 31.12.2008
	Non	Autres formes de la dégénérescence maculaire liée à l'âge.	1.1.2008
Dilatation par Laci-Cath en cas de sténose du canal lacrymal	Non		1.1.2003/ 1.1.2005
Dilatation par ballonnet en cas de sténose du canal lacrymal	Oui	– 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	– en cas de glaucome difficile à traiter, pour poser l'indication d'une intervention chirurgicale – pose de l'indication des traitements de la rétine	1.1.2004/ 1.8.2008

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		Examen dans le centre où doit être effectués l'intervention et le traitement.	
Traitement de la cornée par UV crosslinking en cas de kératocône	Non		1.8.2008
Traitement du kératocône au moyen d'anneaux intra-cornéens	Oui	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.	1.8.2007
		Exécution dans les centres/cliniques A, B et C (selon la liste des centres de formation continue de la FMH dans l'ophtalmologie).	
Thérapie photodynamique de la dégénérescence maculaire par perfusion de Verteporfine	Oui	Dégénérescence maculaire exsudative liée à l'âge, sous sa forme prédominante classique.	1.1.2006
	Oui	En cours d'évaluation	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.1.2009
		En cas de néovascularisation provoquée par une myopie pathologique.	
		Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	
			jusqu'au 31.12.2011
	Non	Autres formes de la dégénérescence maculaire liée à l'âge.	1.1.2008
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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
– 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 péri-linguale 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	<ul style="list-style-type: none"> – Maladies et malformations de l'oreille moyenne et du conduit auditif externe qui ne peuvent être corrigées par la chirurgie – Seule alternative à une intervention chirurgicale à risque sur l'unique oreille fonctionnelle – Intolérance aux appareils à transmission aérienne – Remplacement d'un appareil classique à transmission osseuse, suite à l'apparition de troubles, à une tenue insuffisante ou à un mauvais fonctionnement. 	1.1.1996
Implantation dans l'oreille moyenne d'un système type «Vibrant Soundbridge» pour traiter un déficit d'audition de l'oreille interne	Oui	Patients qui, pour des raisons médicales ou audiologiques, ne peuvent pas utiliser un appareil conventionnel à cause d'une otite externe chronique, d'une allergie, d'une exostose, etc.	1.1.2005
Palatoplastie au laser vaporisant	Non		1.1.1997
Lithotripsie de 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		

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement de substitution en cas de dépendance aux opiacés	Oui	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respect des dispositions, directives et recommandations suivantes: <ol style="list-style-type: none"> a. concernant le traitement avec prescription de méthadone: rapport sur la méthadone «Utilisation d'un succédané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse» (troisième édition), 1995; b. concernant le traitement avec prescription de buprénorphine: «Recommandations de l'OFSP à l'intention des autorités cantonales de la santé relatives à l'utilisation de la buprénorphine (Subutex®) pour le traitement des personnes dépendantes des opiacés», janvier 2000; c. concernant le traitement avec prescription d'héroïne: les dispositions de l'ordonnance du 8 mars 1999 sur la prescription médicale d'héroïne (RS 812.121.6) et les directives et recommandations du manuel de l'OFSP «Traitement avec prescription d'héroïne: directives, recommandations, informations», septembre 2000. 2. La substance ou la préparation utilisées doivent figurer sur la liste des médicaments avec tarif (LMT) ou sur la liste des spécialités (LS) dans le groupe thérapeutique (IT) approuvé par Swissmédic. 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 d'un plan thérapeutique; – procédure de demande d'autorisation et établissement de rapports à l'intention de l'assureur-maladie; 	1.1.2001/ 1.1.2007

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> – 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; – 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>	
Sevrage des opiacés ultra-court (SOUC) sous sédation profonde	Non		1.1.2001
Sevrage des opiacés ultra-court (SOUC) sous anesthésie générale	Non	En cours d'évaluation	1.1.1998

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Sevrage des opiacés en traitement ambulatoire selon la méthode ESCAPE (Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement)	Non		1.1.1999
Psychothérapie de groupe	Oui	Selon les art. 2 et 3 OPAS.	25.3.1971/ 1.1.1996
Relaxation selon la méthode d'Ajuriaguerra	Oui	Dans le cabinet du médecin ou dans un hôpital sous surveillance directe du médecin.	22.3.1973
Thérapie par le jeu et la peinture chez l'enfant	Oui	Pratiquée par le médecin ou sous sa surveillance directe.	7.3.1974
Psychodrame	Oui	Selon les art. 2 et 3 OPAS.	13.5.1976/ 1.1.1996
Contrôle de la thérapie par vidéo	Non		16.2.1978
Musicothérapie	Non		11.12.1980
9 Radiologie			
<i>9.1 Radiodiagnostic</i>			
Tomographie axiale computerisée (CT-scan)	Oui	Pas d'examen de routine (screening).	15.11.1979
Ostéodensitométrie			
– par absorptiométrie double énergie à rayons X (DEXA)	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – Ostéoporose cliniquement manifeste et après une fracture provoquée par un traumatisme minime. – Corticothérapie de longue durée ou hypogonadisme. – Maladies du système digestif (syndrome de malabsorption, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique). – Hyperparathyroïdie primaire (lorsque l'indication chirurgicale n'est pas nette). – Ostéogenèse imparfaite. 	1.3.1995 1.1.1999 1.3.1995
– par scanner total du corps	Non	Les coûts engendrés par la DEXA ne sont pris en charge que pour l'application de cette mesure à une seule région du corps. Des examens ultérieurs par la DEXA sont uniquement pris en charge en cas de traitement médicamenteux de l'ostéoporose et au maximum tous les deux ans.	1.3.1995
Ostéodensitométrie par CT périphérique quantitative (pQCT)	Non		1.1.2003/ 1.1.2006

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Echographie osseuse	Non		1.1.2003
Méthodes analytiques applicables au tissu osseux:			
– marqueurs de la résorption osseuse	Non	Pour la détection précoce du risque de fractures liés à l'ostéoporose	1.1.2003/ 1.8.2006
– marqueurs de la formation osseuse	Non	Pour la détection précoce du risque de fractures liés à l'ostéoporose	1.1.2003/ 1.8.2006
Mammographie	Oui	Pour le diagnostic en cas de forte suspi- cion clinique de pathologie mammaire.	1.1.2008

9.2 *Autres procédés d'imagerie*

Résonance magnétique nucléaire (IRM)	Oui		1.1.1999
Tomographie par émission de positrons (TEP)	Oui	1. Réalisation selon les directives clini- ques pour TEP au FDG du 7 avril 2008 de la Société suisse de médecine nucléaire (SSMN) dans des centres qui satisfont aux directives adminis- tratives du 20 juin 2008 de la SSMN.	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
	Non	2. Pour les indications suivantes: a. en cardiologie: – comme mesure préopératoire avant une transplantation car- diaque; b. en oncologie.	1.1.2009
	Non	Pour les indications suivantes: a. en cardiologie: – en cas de statut documenté après infarctus et suspicion d'«hibernation myocardique» avant une intervention (PTCA/ CABG) – pour confirmer ou exclure une ischémie en cas de maladie de plusieurs vaisseaux documentée par angiographie ou d'anatomie complexe des coronaires, par ex. après une revascularisation ou en cas de suspicion de troubles de la microcirculation; b. en neurologie: – évaluation préopératoire pour chirurgie de revascularisation complexe en cas d'ischémie cérébrale – évaluation d'une démence – épilepsie focale résistante à la thérapie.	1.8.2006/ 1.1.2007
Magnétoencéphalogra- phie	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
<i>9.3 Radiologie interventionnelle</i>			
Irradiation thérapeutique par faisceau de photons	Non	En cours d'évaluation	1.1.1993
Irradiation thérapeutique par faisceau de protons	Oui	Mélanomes intraoculaires	28.8.1986
Irradiation thérapeutique par faisceau de protons	Oui	En cours d'évaluation Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. Lorsqu'il n'est pas possible de procéder à une irradiation suffisante par faisceau de photons du fait d'une trop grande proximité d'organes sensibles au rayonnement ou du besoin de protection spécifique de l'organisme des enfants et des jeunes. Indications: – tumeurs du crâne (chordome, chondrosarcome, carcinome épidermoïde, adénocarcinome, carcinome adénoïde kystique, lymphoépithéliome, carcinome mucoépidermoïde, esthésioneuroblastome, sarcomes des parties molles et ostéosarcomes, carcinomes non différenciés, tumeurs rares telles que les paragangliomes) – tumeurs du cerveau et des méninges (gliomes de bas grade, 1 ou 2; méningiomes) – tumeurs extra-crâniennes au niveau de la colonne vertébrale, du tronc et des extrémités (sarcomes des tissus mous et de l'os) – tumeurs de l'enfant et de l'adolescent Exécution à l'Institut Paul Scherrer, Villigen Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts	1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007 jusqu'au 31.12.2010
Radiochirurgie (LINAC, couteau gamma)	Oui	Indications: – neurinome du nerf acoustique – récurrence d'adénome hypophysaire ou de crânio-pharyngiome – adénome hypophysaire ou crânio-pharyngiome, si l'ablation chirurgicale est impossible – malformation artérioveineuse – méningiome	1.1.1996
	Non	En cours d'évaluation	1.1.1996

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Radiochirurgie par LINAC	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – Troubles fonctionnels – métastases cérébrales d'un volume maximum de 25 cm³ ou d'un diamètre ne dépassant pas 3,5 cm, s'il y a au maximum 3 métastases et que la maladie primaire est bien contrôlée (pas de métastases systémiques démontrables), en cas de douleurs résistant à toute autre thérapie; – tumeurs malignes primaires d'un volume de maximum de 25 cm³ ou ne dépassant pas un diamètre de 3,5 cm, lorsque la localisation de la tumeur ne permet pas de l'opérer. 	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.1.2003
Radiochirurgie par couteau gamma	Non	<ul style="list-style-type: none"> – métastases cérébrales d'un volume maximum de 25 cm³ ou d'un diamètre ne dépassant pas 3,5 cm, s'il y a au maximum 3 métastases et que la maladie primaire est bien contrôlée (pas de métastases systémiques démontrables), en cas de douleurs résistant à toute autre thérapie; – tumeurs malignes primaires d'un volume de maximum de 25 cm³ ou ne dépassant pas un diamètre de 3,5 cm, lorsque la localisation de la tumeur ne permet pas de l'opérer. 	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.4.2003
Implantation de marqueurs en or	Oui	Pour le traitement de la prostate par marquage	1.8.2008
Radiothérapie sélective interne (SIRT) pour le traitement du carcinome hépato-cellulaire primaire inopérable et des métastases hépati- ques inopérables	Non		1.7.2009
10. Médecine complémentaire			
Acupuncture	Oui	Pratiquée par des médecins dont la formation dans cette discipline est reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH)	1.7.1999
Médecine anthroposophique	Non		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Médecine chinoise	Non		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Homéopathie	Non		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Thérapie neurale	Non		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Phytothérapie	Non		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
11. Réadaptation			
Réadaptation hospita- lière	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	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"> – 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'une maladie artérielle périphérique (MAP) à partir du stade IIa selon Fontaine – Patients souffrant d'un diabète sucré type II (limitation: au maximum une fois en trois ans). 	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009/ 1.7.2009

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Réadaptation pulmonaire	Oui	<p>La réadaptation est pratiquée dans une institution dirigée par un médecin. Le déroulement du programme, le personnel et l'infrastructure doivent correspondre aux exigences suivantes:</p> <p>Réadaptation cardiaque: profil indiqué par le Groupe de travail pour la réhabilitation cardiaque de la Société suisse de cardiologie le 29 mars 2001.</p> <p>Réadaptation en cas de MAP: profil indiqué par la Société suisse d'angiologie le 5 mars 2009.</p> <p>Réadaptation en cas de diabète: profil indiqué par la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie le 7 mars 2009.</p> <p>La réadaptation a lieu ambulatoirement. Un traitement hospitalier est indiqué lorsqu'il existe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un risque cardiaque élevé - une insuffisance myocardique - une comorbidité (diabète sucré, COPD, etc.). <p>La durée du traitement ambulatoire est de deux à six mois selon l'intensité du traitement requis.</p> <p>La durée du traitement hospitalier est en règle générale de quatre semaines, mais peut être, dans des cas simples, réduite à deux ou trois semaines.</p> <p>Programmes pour patients souffrant de maladies pulmonaires chroniques graves.</p> <p>La thérapie peut être pratiquée en ambulatoire ou dans une institution dirigée par un médecin. Le déroulement du programme, le personnel et l'infrastructure doivent correspondre aux indications formulées en 2003 par la Commission de réadaptation pulmonaire de la Société suisse de pneumologie. Le directeur du programme doit avoir obtenu un certificat de la Commission de réadaptation pulmonaire de la Société suisse de pneumologie.</p> <p>Prise en charge une fois par an au maximum.</p> <p>Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.</p>	1.1.2005

*Annexe 2*¹⁷⁹
(art. 20a)

Liste des moyens et appareils (LiMA)

*Annexe 3*¹⁸⁰
(art. 28)

Liste des analyses

*Annexe 4*¹⁸¹
(art. 29)

Liste des médicaments avec tarif

¹⁷⁹ Non publiée au RO, cette annexe est applicable dans sa teneur du 1^{er} juillet 2009 (voir RO **2009** 2821 ch. II al. 2).

¹⁸⁰ Non publiée au RO, cette annexe est applicable dans sa teneur du 1^{er} juillet 2009 (voir RO **2009** 1669)

¹⁸¹ Non publiée au RO, cette annexe est applicable dans sa teneur du 1^{er} juillet 2005 (voir RO **2005** 2875 ch. II al. 2).

