

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} janvier 2016)

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI),

vu les art. 33, 36, al. 1, 54, al. 2 à 4, 59a, 62, 65, al. 3, 65b, al. 3, 65f, al. 5, 65g, al. 3, 70a, 75, 77, al. 4, et 104a 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 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2015 (RO **2015** 1359).

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

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

Section 2 Psychothérapie pratiquée par un médecin

Art. 2⁶ Principe

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

² On entend par psychothérapie une forme de traitement qui:

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

Art. 3⁷ Prise en charge

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

Art. 3a⁸

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 3c et 3d¹⁰

Section 3 Prestations prescrites par les chiropraticiens

Art. 4

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

- a.¹² analyses:
 - en application de l'art. 62, al. 1, let. b, OAMal, les analyses sont désignées séparément dans la liste des analyses;
- b.¹³ médicaments:les spécialités pharmaceutiques des groupes thérapeutiques suivants de la liste des spécialités, relevant des catégories B (remise par des pharmacies sur ordonnance médicale), C (remise sur conseil de professionnels de la santé) ou D (remise sur conseil de spécialistes):
 - 1. 01.01.10 (analgésiques antipyrétiques), 01.12 (myotonolytica: par voie orale uniquement),
 - 2. 04.99 (gastroenterologica, varia: uniquement inhibiteurs de la pompe à protons),
 - 3. 07.02.10 (mineralia), 07.02.20 (minéraux composés), 07.02.30 (vitamines simples), 7.07.02.40 (vitamines composées), 07.02.50 (autres associations),

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

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

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

¹³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 16 mai 2014, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2014 (RO **2014** 1251).

4. 07.10.10 (anti-inflammatoires simples), 07.10.21 (anti-inflammatoires composés sans corticostéroïdes: uniquement associations d'anti-inflammatoires et d'inhibiteurs de la pompe à protons), 07.10.40 (préparations cutanées: uniquement celles contenant des produits actifs anti-inflammatoires),
5. 57.10.10 (médecine complémentaire: anti-inflammatoires simples);
- c.¹⁴ moyens et appareils:
 1. les produits du groupe 05. Bandages,
 2. les produits du groupe 09.02.01 Appareils de neurostimulation transcutanée électriques (TENS),
 3. les produits du groupe 16. Articles pour cryothérapie et/ou thermothérapie,
 4. les produits du groupe 23. Orthèses,
 5. les produits du groupe 34. Matériel de pansements;
- d.¹⁵ examens par imagerie:
 1. radiographie du squelette,
 2. scanner (CT) de la colonne vertébrale et des extrémités,
 3. résonance magnétique nucléaire (IRM) du squelette axial et des articulations périphériques,
 4. échographie de diagnostic,
 5. scintigraphie osseuse en trois phases;
- e.¹⁶ prestations de physiothérapie selon l'art. 5.

Section 4¹⁷ 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;

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

¹⁵ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 10 juil. 2000 (RO **2000** 2546). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 juin 2013, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2013 (RO **2013** 1925).

¹⁶ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO **2009** 3527 6849 ch. I).

¹⁷ 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).

- 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.

Chapitre 2 Prestations fournies sur prescription ou mandat médical

Section 1 Physiothérapie

Art. 5

¹ Les prestations suivantes des physiothérapeutes, au sens des art. 46 et 47 OAMal ou des organisations, au sens de l'art. 52a OAMal, sont prises en charge lorsqu'elles sont fournies sur prescription médicale et dans le cadre du traitement de maladies musculosquelettiques ou neurologiques ou des systèmes des organes internes et des vaisseaux, pour autant que la physiothérapie permette de les traiter:¹⁸

- 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,
 - 10.¹⁹physiothérapie du plancher pelvien;
- c. mesures physiques:
 - 1. thérapie du chaud et du froid,
 - 2. électrothérapie,
 - 3. luminothérapie (ultraviolets, infrarouges, rayons colorés),
 - 4. ultrasons,
 - 5. hydrothérapie,
 - 6. massages musculaires et des tissus conjonctifs.²⁰

¹⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 27 oct. 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2010 (RO **2009** 6083).

¹⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 27 oct. 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2010 (RO **2009** 6083).

^{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.²¹

^{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.²²

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.²³

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.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 physiothérapie déjà commencée s'effectue, après l'âge de 20 ans, au sens de l'al. 4.²⁶

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

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

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

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

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

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} juil. 2009 (RO **2009** 2821).

b.²⁷ 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.²⁸

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.²⁹

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-invalidité³⁰, 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. 4.³¹

Section 3

Soins ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social³²

Art. 7 Définition des soins

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

- a. infirmiers et infirmières (art. 49 OAMal);
- b. organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51 OAMal);
- c. établissements médico-sociaux (art. 39, al. 3, de la LF du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, LAMal³³).³⁴

²⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1997 (RO 1997 564).

²⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2009 (RO 2009 2821).

²⁹ 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).

³⁰ RS 831.20

³¹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 10 déc. 2008 (RO 2008 6493). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2009 (RO 2009 2821).

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

³³ RS 832.10

³⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

² Les prestations au sens de l'al. 1 comprennent:³⁵

a.³⁶ l'évaluation, les conseils et la coordination:³⁷

1. évaluation des besoins du patient et de l'environnement de ce dernier; planification, en collaboration avec le médecin et le patient, des mesures nécessaires,
2. conseils au patient ainsi que, le cas échéant, aux intervenants non professionnels pour les soins, en particulier quant à la manière de gérer les symptômes de la maladie, pour l'administration des médicaments ou pour l'utilisation d'appareils médicaux; contrôles nécessaires,
- 3.³⁸ coordination des mesures et dispositions par des infirmières et infirmiers spécialisés en lien avec des complications dans des situations de soins complexes et instables;

b. les examens et les traitements:

1. contrôle des signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, respiration, poids),
2. test simple du glucose dans le sang ou l'urine,
3. prélèvement pour examen de laboratoire,
4. mesures thérapeutiques pour la respiration (telles que l'administration d'oxygène, les inhalations, les exercices respiratoires simples, l'aspiration),
5. pose de sondes et de cathéters, ainsi que les soins qui y sont liés,
6. soins en cas d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale,
- 7.³⁹ préparation et administration de médicaments ainsi que documentation des activités qui leur sont associées,
8. administration entérale ou parentérale de solutions nutritives,
9. surveillance de perfusions, de transfusions ou d'appareils servant au contrôle et au maintien des fonctions vitales ou au traitement médical,
10. rinçage, nettoyage et pansement de plaies (y compris les escarres et les ulcères) et de cavités du corps (y compris les soins pour trachéo-stomisés et stomisés), soins pédicures pour les diabétiques,
11. soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale, y compris la rééducation en cas d'incontinence,
12. assistance pour des bains médicaux partiels ou complets, application d'enveloppements, cataplasmes et fangos,

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

³⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2007 (RO **2006** 5769).

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

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

³⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO **2011** 6487).

13.⁴⁰ 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,

14.⁴¹ soutien apporté aux malades psychiques dans des situations de crise, en particulier pour éviter les situations aiguës de mise en danger de soi-même ou d'autrui;

c. les soins de base:

1. soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que: bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement; aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche; aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter,

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

2bis Les conditions suivantes doivent être remplies:

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

b. il appartient à une infirmière ou à un infirmier (art. 49 OAMal) pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans le domaine psychiatrique d'évaluer si des mesures telles que celles qui sont prévues à l'al. 2, let. b, ch. 13 et 14, et c, ch. 2, doivent être prises.⁴³

2ter Les prestations peuvent être fournies de manière ambulatoire ou dans un établissement médico-social. Elles peuvent également être fournies exclusivement pendant le jour ou la nuit.⁴⁴

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

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

⁴² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2007 (RO **2006** 5769).

⁴³ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006 (RO **2006** 5769). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO **2011** 6487).

⁴⁴ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO **2009** 3527 6849 ch. I).

³ Sont réputées prestations de soins aigus et de transition au sens de l'art. 25a, al. 2, LAMal, les prestations mentionnées à l'al. 2, fournies par des personnes ou institutions au sens de l'al. 1, let. a à c, selon l'évaluation des soins requis prévue à l'al. 2, let. a, et à l'art. 8, après un séjour hospitalier et sur prescription d'un médecin de l'hôpital.⁴⁵

Art. 7a⁴⁶ Montants

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

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

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

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

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

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

⁴⁵ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 3 juil. 1997 (RO 1997 2039). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

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

Art. 7b⁴⁷ Prise en charge des soins aigus et de transition

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

² Le canton de résidence verse sa part de la rémunération directement au fournisseur de prestations. Les modalités sont convenues entre le fournisseur de prestations et le canton de résidence. L'assureur et le canton de résidence peuvent convenir que le canton paie sa part à l'assureur et que ce dernier verse les deux parts au fournisseur de prestations. La facturation entre le fournisseur de prestations et l'assureur est réglée à l'art. 42 LAMal⁴⁸.

Art. 8⁴⁹ Prescription ou mandat médical et évaluation des soins requis

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

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

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

^{3bis} L'évaluation des soins aigus et de transition requis se fonde sur des critères uniformes. Les résultats sont inscrits sur un formulaire unique.⁵⁰

⁴ L'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux se fonde sur des besoins en soins requis (art. 9, al. 2). Le besoin en soins requis déterminé par le médecin tient lieu d'ordonnance ou de mandat médical.⁵¹

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

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

- a. trois mois lorsque le patient est atteint d'une maladie aiguë;
- b. six mois lorsque le patient est atteint d'une maladie de longue durée;
- c. deux semaines lorsque le patient nécessite des soins aigus et de transition.⁵²

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

⁴⁸ RS **832.10**

⁴⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 3 juil. 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO **1997** 2039).

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

⁵¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO **2009** 3527 6849 ch. I).

^{6bis} L'attestation médicale qui justifie l'allocation pour impotence grave ou moyenne versée par l'assurance-vieillesse et survivants, par l'assurance-invalidité ou par l'assurance-accidents vaut comme prescription ou mandat médical de durée illimitée en ce qui concerne les prestations de soins nécessitées par l'impotence. Lorsque l'allocation est révisée, l'assuré doit communiquer le résultat du réexamen à l'assureur. Une prescription ou un mandat médical doit être établi à la suite de la révision de l'allocation pour impotent.⁵³

⁷ La prescription ou le mandat médical, selon l'al. 6, let. a et b, peuvent être renouvelés.⁵⁴

Art. 8a⁵⁵ Procédure de contrôle et de conciliation

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

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

³ La procédure sert à vérifier le bien-fondé de l'évaluation des soins requis et à contrôler l'adéquation et le caractère économique des prestations. Les prescriptions ou les mandats médicaux peuvent être examinés par le médecin-conseil (art. 57 LAMal⁵⁶) 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. 9⁵⁷ Facturation

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

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

Art. 9a⁵⁸

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

⁵³ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 18 sept. 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO **1997** 2436).

⁵⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO **2009** 3527 6849 ch. I).

⁵⁵ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 3 juil. 1997 (RO **1997** 2039). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO **2009** 3527 6849 ch. I).

⁵⁶ RS **832.10**

⁵⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2011 (RO **2009** 3527 6849 ch. I).

⁵⁸ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 18 sept. 1997 (RO **1997** 2436). Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, avec effet au 1^{er} janv. 2011 (RO **2009** 3527 6849 ch. I).

Section 3a⁵⁹ Conseils nutritionnels

Art. 9b⁶⁰

¹ Les diététiciens et les organisations de diététique, au sens des art. 46, 50a et 52b OAMal, prodiguent, sur prescription ou sur mandat médical, des conseils diététiques aux assurés qui souffrent des maladies suivantes:⁶¹

- a.⁶² troubles du métabolisme;
- b.⁶³ obésité (indice de masse corporelle de plus de 30) et affections qui découlent de la surcharge pondérale ou qui y sont associées;
- b^{bis}.⁶⁴ obésité et surpoids dans le cadre de la «thérapie individuelle multiprofessionnelle structurée ambulatoire pour enfants et adolescents en surpoids ou atteints d'obésité» selon annexe 1, ch. 4;
- c. maladies cardio-vasculaires;
- d. maladies du système digestif;
- e. maladies des reins;
- f. états de malnutrition ou de dénutrition;
- g. allergies alimentaires ou réactions allergiques dues à l'alimentation.

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

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

⁵⁹ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 1997 (RO 1997 564).

⁶⁰ Anciennement art. 9a.

⁶¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 16 oct. 2012, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2013 (RO 2012 5829).

⁶² 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).

⁶³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 6 déc. 2013, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2014 (RO 2013 5329).

⁶⁴ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 6 déc. 2013, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2014 (RO 2013 5329).

Section 3^{b65} Conseils aux diabétiques

Art. 9^c

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

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

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

³ L'assurance prend en charge par prescription médicale au plus les coûts de dix séances de conseils. Pour que, après dix séances, celles-ci continuent à être prises en charge, le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et lui remettre une proposition dûment motivée. Le médecin-conseil propose de poursuivre ou non les conseils aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure.⁶⁶

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

Section 4 Logopédie-orthophonie

Art. 10 Principe

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

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

⁶⁵ 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).

⁶⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2003 (RO 2002 4253).

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.⁶⁷

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. 12⁶⁸** Principe

L'assurance prend en charge les mesures médicales de prévention suivantes (art. 26 LAMal⁶⁹):

- a. Vaccinations prophylactiques (art. 12a);
- b. Mesures visant la prophylaxie des maladies (art. 12b);
- c. Examens concernant l'état de santé général (art. 12c);
- d. Mesures de dépistage précoce de maladies chez certains groupes à risques (art. 12d);
- e. Mesures de dépistage précoce de maladies dans toute la population; en font également partie les mesures qui s'adressent à toutes les personnes d'une certaine tranche d'âge ou uniquement aux hommes ou aux femmes (art. 12e).

⁶⁷ Nouvelle teneur de la phrase selon le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1997 (RO **1997** 564).

⁶⁸ 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).

⁶⁹ RS **832.10**

Art. 12a⁷⁰ Vaccinations prophylactiques

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

Mesure	Conditions
a. ⁷¹ Vaccination et rappels contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite; vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole	Selon le «Plan de vaccination suisse 2015» (Plan de vaccination 2015 ⁷²) établi par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) Du 1.1.2013 au 31.12.2015, aucune franchise n'est prélevée pour la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole des personnes nées après le 31.12.1963.
b. ⁷³ Vaccination contre Haemophilus influenzae	Pour les enfants jusqu'à l'âge de cinq ans, selon le Plan de vaccination 2015.
c. ⁷⁴ Vaccination contre l'influenza	1. Vaccination annuelle pour les personnes présentant un risque de complications élevé; selon le Plan de vaccination 2015. 2. En cas de menace de pandémie d'influenza ou lors d'une pandémie d'influenza, pour les personnes pour lesquelles l'OFSP recommande une vaccination (conformément à l'art. 12 de l'O du 27 avril 2005 sur la pandémie d'influenza ⁷⁵). Aucune franchise n'est prélevée pour cette prestation. Une somme forfaitaire est accordée pour la vaccination (vaccin compris).

⁷⁰ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 21 nov. 2007 (RO **2007** 6839). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 juin 2013, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2013 (RO **2013** 1925).

⁷¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 16 mai 2014, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2014 (RO **2014** 1251).

⁷² Nouvelle expression selon le ch. I de l'O du DFI du 17 juin 2015, en vigueur depuis le 15 juil. 2015 (RO **2015** 2197). Il a été tenu compte de cette mod. dans tout le texte. Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

⁷³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 16 mai 2014, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2014 (RO **2014** 1251).

⁷⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 nov. 2014, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2015 (RO **2014** 4393).

⁷⁵ RS **818.101.23**

Mesure	Conditions
d. ⁷⁶ Vaccination contre l'hépatite B	1. Pour les nouveau-nés de mères HBsAg-positives et les personnes exposées à un risque de contamination. En cas d'indication professionnelle, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance. 2. Vaccination selon les recommandations établies en 1997 par l'OFSP et la CFV (Supplément du Bulletin de l'OFSP 5/98⁷⁷ et Complément du Bulletin 36/98)⁷⁸ et selon le Plan de vaccination 2015.
e. Vaccination passive avec Hépatites B-Immunoglobuline	Pour les nouveau-nés de mères HbsAg-positives.
f. ⁷⁹ Vaccination contre les pneumocoques	1. Selon le Plan de vaccination 2015. 2. Les coûts ne sont pris en charge que pour les vaccinations effectuées à l'aide de vaccins autorisés pour le groupe d'âge concerné.
g. ⁸⁰ Vaccination contre les méningocoques	Selon le Plan de vaccination 2015. Les coûts ne sont pris en charge que pour les vaccinations effectuées à l'aide de vaccins autorisés pour le groupe d'âge concerné. En cas d'indication professionnelle et de recommandation médicale aux voyageurs, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.
h. ⁸¹ Vaccination contre la tuberculose	Avec le vaccin BCG, selon le Plan de vaccination 2015.

⁷⁶ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 10 juin 2013 (RO **2013** 1925). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 16 mai 2014, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2014 (RO **2014** 1251).

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

⁷⁸ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

⁷⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 nov. 2014, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2015 (RO **2014** 4393).

⁸⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 16 mai 2014, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2014 (RO **2014** 1251).

⁸¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 nov. 2014, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2015 (RO **2014** 4393).

Mesure	Conditions
i. ⁸² Vaccination contre l'encéphalite à tiques (FSME)	Selon le Plan de vaccination 2015. En cas d'indication professionnelle, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.
j. ⁸³ Vaccination contre la varicelle	Selon le Plan de vaccination 2015.
k. Vaccination contre le papillomavirus humain (HPV)	1. Selon les recommandations de l'OFSP et de la CFV de juin 2007 (Bulletin de l'OFSP 25/2007⁸⁴): a. vaccination générale des filles en âge scolaire; b. vaccination des filles et des jeunes femmes de 15 à 26 ans. Cette disposition est applicable jusqu'au 31 décembre 2017. 2. Vaccination dans le cadre de programmes cantonaux de vaccination qui doivent satisfaire aux exigences minimales suivantes: a. l'information des groupes cibles et de leurs parents/représentants légaux sur la disponibilité des vaccins et les recommandations de l'OFSP et de la CFV est assurée; b. l'achat des vaccins s'effectue de manière centralisée; c. la vaccination complète (schéma de vaccination selon les recommandations de l'OFSP et de la CFV) est visée; d. les prestations et les obligations des responsables du programme, des médecins chargés de la vaccination et des assureurs-maladie sont définies; e. la collecte des données, le décompte, les flux informatif et

⁸² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 16 mai 2014, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2014 (RO **2014** 1251).

⁸³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 16 mai 2014, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2014 (RO **2014** 1251).

⁸⁴ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

Mesure	Conditions
	financier sont réglés.
	3. Aucune franchise n'est prélevée sur cette prestation.
l. ⁸⁵ Vaccination contre l'hépatite A	Selon le Plan de vaccination 2015. Pour les personnes suivantes: – 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. Vaccination post-expositionnelle dans les sept jours suivant l'exposition. En cas d'indication professionnelle et de recommandation médicale aux voyageurs, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.
m. Vaccination contre la rage	Vaccination post-expositionnelle, après une morsure par un animal enragé ou susceptible de l'être. En cas d'indication professionnelle la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.

⁸⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 16 mai 2014, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2014 (RO 2014 1251).

Art. 12b⁸⁶ 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. ⁸⁷ Prophylaxie VIH post-exposition	Selon les recommandations de l'OFSP du 24 novembre 2014 (Bulletin de l'OFSP n° 48, 2014) ⁸⁸ . En cas d'indication professionnelle, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.
d. ⁸⁹ 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) ⁹⁰ . En cas d'indication professionnelle, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.
e. ⁹¹ Mastectomie et / ou adnexectomie prophylactique	Chez les porteuses du gène BRCA1 ou BRCA2.

⁸⁶ 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).

⁸⁷ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009 (RO **2009** 2821). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 nov. 2014, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2015 (RO **2014** 4393).

⁸⁸ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

⁸⁹ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009 (RO **2009** 2821). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 31 mai 2011, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2011 (RO **2011** 2669).

⁹⁰ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

⁹¹ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO **2011** 6487).

Art. 12^{c92} Examens concernant l'état de santé général

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

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

Art. 12^{d93} Mesures en vue du dépistage précoce de maladies chez certains groupes à risques

¹ 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. ⁹⁴ Test VIH	Pour les nourrissons de mères séropositives. Pour les autres personnes, selon la directive de l'OFSP «Dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins en présence de certaines pathologies (maladies évocatrices d'une infection à VIH)» du 18 novembre 2013 ⁹⁵ .
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).

⁹² 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).

⁹³ 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).

⁹⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 17 juin 2015, en vigueur depuis le 15 juil. 2015 (RO **2015** 2197).

⁹⁵ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

Mesure	Conditions
d. ⁹⁶ Mammographie numérique, IRM du sein	1. Pour les femmes présentant un risque modéré ou élevé de cancer du sein en raison d'antécédents familiaux ou d'antécédents personnels comparables. Désignation du risque selon le document de référence de l'OFSP «Évaluation du risque» (état 2/2015)⁹⁷. Pour déterminer si le risque est élevé, un conseil génétique au sens de la let. f doit être effectué. Indication, fréquence et méthode d'analyse adaptées en fonction du risque et de l'âge, selon le document de référence de l'OFSP «Schéma de surveillance» (état 2/2015)⁹⁸. Un entretien explicatif et de conseil doit précéder le premier examen et être consigné. 2. ...
e. Test de contracture musculaire in vitro concernant la détection d'une prédisposition pour l'hyperthermie maligne	Chez les personnes ayant présenté lors d'une anesthésie un épisode laissant soupçonner une hyperthermie maligne et chez la parenté consanguine au premier degré des personnes pour lesquelles une hyperthermie maligne sous anesthésie est connue et une prédisposition pour l'hyperthermie maligne est documentée. Dans un centre reconnu par le European Malignant Hyperthermia Group.

⁹⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 17 juin 2015, en vigueur depuis le 15 juil. 2015, sauf le ch. 2, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2017 (RO **2015** 2197).

⁹⁷ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

⁹⁸ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

Mesure	Conditions
f. ⁹⁹ 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	Chez les patients et leurs parents au premier degré présentant: – 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 polypotic colon cancer) – un rétinoblastome. Par des médecins spécialisés en génétique médicale ou par des membres du «Network for Cancer Predisposition Testing and Counseling» du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer (SAKK) pouvant prouver leur collaboration technique avec un médecin spécialisé en génétique médicale.

² Si l'attribution à un groupe de risque repose sur un certain degré de parenté avec une ou plusieurs personnes malades, celui-ci est déterminé sur la base de données anamnestiques au sens bio-médical.¹⁰⁰

Art. 12^{e101} 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:

⁹⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO **2011** 6487).

¹⁰⁰ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 17 juin 2015, en vigueur depuis le 15 juil. 2015 (RO **2015** 2197).

¹⁰¹ 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. ¹⁰² Dépistage de: phénylcétonurie, galactosémie, déficit en biotinidase, syndrome adrénogénital, hypothyroïdie congénitale, déficit en acyl-CoA medium-chain-déhydrogénase (MCAD), fibrose kystique.	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. ¹⁰³ Mammographie de dépistage	Dès l'âge de 50 ans révolus, 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 ¹⁰⁴ . Aucune franchise n'est prélevée sur cette prestation.
d. ¹⁰⁵ Dépistage du cancer du colon	Tranche d'âge de 50 à 69 ans Méthodes: – analyse visant à détecter la présence de sang occulte dans les selles, tous les deux ans, analyses de laboratoire selon la liste des analyses (LA), coloscopie en cas de résultat positif, ou – coloscopie, tous les dix ans. Si l'analyse a lieu dans le cadre des programmes cantonaux vaudois ou uranais, aucune franchise n'est prélevée sur la prestation.

¹⁰² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 6 déc. 2013, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2014 (RO **2013** 5329).

¹⁰³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2015, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2016 (RO **2015** 5125).

¹⁰⁴ RS **832.102.4**

¹⁰⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 16 mai 2014, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2014 (RO **2014** 1251).

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, LAMal¹⁰⁶):

Mesure	Conditions
a. contrôles	
1. ¹⁰⁷ lors d'une grossesse normale sept examens	– <i>première consultation</i>: anamnèse, examen gynécologique et clinique généraux et conseils, examen des veines et recherche d'œdèmes des jambes; prescription des analyses de laboratoire nécessaires conformément à la liste des analyses (LA); – <i>consultations ultérieures</i>: contrôle du poids, de la tension artérielle, de la hauteur de l'utérus, examen urinaire et auscultation des bruits cardiaques fœtaux; prescription des analyses de laboratoire nécessaires conformément à la liste des analyses (LA).
2. lors d'une grossesse à risque	renouvellement des examens selon l'évaluation clinique
b. ¹⁰⁸ contrôles ultrasonographiques	
1. ¹⁰⁹ lors d'une grossesse normale: une échographie entre la 12 ^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», de la Société suisse d'ultrasonographie en médecine (SSUM), section gynécologie et obstétrique, 3^e édition (2011)¹¹⁰. Seulement par des médecins avec

¹⁰⁶ RS 832.10

¹⁰⁷ 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).

¹⁰⁸ 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).

¹⁰⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2015, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2016 (RO 2015 5125).

¹¹⁰ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

Mesure	Conditions
	attestation de formation complémentaire en ultrasonographie prénatale (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.
b ^{bis} . ¹¹¹ test du premier trimestre	Analyse prénatale du risque de trisomie 21, 18 et 13: en mesurant la clarté nucale par échographie (entre la 12 ^e et la 14 ^e semaine), par dosage de la PAPP-A et de la fraction libre de la bêta-hCG dans le sang maternel, sur la base d'autres facteurs liés au fœtus et à la mère. Information conformément à l'art. 16 et respect du droit à l'autodétermination au sens de l'art. 18 de la loi fédérale du 8 octobre 2004 sur l'analyse génétique humaine (LAGH) ¹¹² . Prescription seulement par des médecins avec attestation de formation complémentaire en ultrasonographie prénatale de la SSUM et certification complémentaire pour la mesure de la clarté nucale. Mesure de la clarté nucale seulement par des médecins avec attestation de formation complémentaire en ultrasonographie prénatale (SSUM). Analyses de laboratoire selon la liste des analyses (LA).

¹¹¹ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 17 juin 2015 (RO **2015** 2197). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2015, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2016 (RO **2015** 5125).

¹¹² RS **810.12**

Mesure	Conditions
bter. ¹¹³ test de diagnostic prénatal non invasif (DPNI)	Uniquement pour détecter une trisomie 21, 18 ou 13 lors d'une grossesse unique. A partir de la 12^e semaine de grossesse. Pour les femmes enceintes dont le test du premier trimestre indique un risque de 1:1000 ou plus que le fœtus soit atteint d'une trisomie 21, 18 ou 13.¹¹⁴ Après un entretien explicatif et de conseil conformément aux art. 14 et 15 LAGH et après obtention du consentement écrit de la femme enceinte, dans le respect de son droit à l'autodétermination au sens de l'art. 18 LAGH. Prescription seulement par des spécialistes en gynécologie et obstétrique avec formation approfondie en médecine fœto-maternelle, par des spécialistes en génétique médicale ou par des médecins avec attestation de formation complémentaire en ultrasonographie prénatale de la SSUM. Analyses de laboratoire selon la liste des analyses (LA). Si le sexe du fœtus est déterminé pour des raisons techniques, cette information ne peut être communiquée avant la fin de la 12^e semaine d'aménorrhée. La prise en charge des coûts est limitée au 30 juin 2017.

¹¹³ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 17 juin 2015, en vigueur depuis le 15 juil. 2015 (RO **2015** 2197).

¹¹⁴ Erratum du 15 sept. 2015 (RO **2015** 3147).

Mesure	Conditions
c. ¹¹⁵ examen pré-partum au moyen de la cardiotocographie	lors d'une grossesse à risque
d. ¹¹⁶ amniocentèse, prélèvement des villosités choriales, cordocentèse	Après un entretien approfondi qui doit être consigné dans les cas suivants: – pour confirmer un résultat positif chez les femmes enceintes dont le test de diagnostic prénatal non invasif (DPNI) laisse fortement supposer que le fœtus est atteint d'une trisomie 21, 18 ou 13 ou dont le test du premier trimestre indique qu'elles présentent un risque de 1:380 ou plus que le fœtus soit atteint d'une telle maladie; – pour les femmes enceintes chez lesquelles le résultat de l'échographie, l'anamnèse familiale ou toute autre raison laisse supposer un risque de 1:380 ou plus que le fœtus soit atteint d'une maladie due à des facteurs exclusivement génétiques; – en cas de mise en danger du fœtus par une complication, une maladie de la femme enceinte, une maladie qui n'est pas due à des facteurs génétiques ou par des troubles du développement du fœtus; Prescription d'analyses génétiques seulement par des spécialistes en gynécologie et obstétrique avec formation approfondie en médecine fœto-maternelle, par des spécialistes en génétique médicale ou par des médecins avec attestation de formation complémentaire en ultrasonographie prénatale de la SSUM. – Analyses de laboratoire selon la liste des analyses (LA).

¹¹⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 juin 2008, en vigueur depuis le 1^{er} août 2008 (RO **2008** 3553).

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

Art. 14¹¹⁷ Préparation à l'accouchement

L'assurance prend en charge une contribution de 150 francs pour un cours individuel ou 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, LAMal¹¹⁸) sont à la charge de l'assurance lorsqu'ils sont prodigués par une sage-femme ou par une infirmière ou un infirmier ayant suivi une formation spéciale dans ce domaine.¹¹⁹

² Le remboursement est limité à trois séances.

Art. 16¹²⁰ 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;

¹¹⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 17 juin 2015, en vigueur depuis le 15 juil. 2015 (RO **2015** 2197). Erratum du 15 sept. 2015 (RO **2015** 3147).

¹¹⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 17 juin 2015, en vigueur depuis le 15 juil. 2015 (RO **2015** 2197).

¹¹⁸ RS **832.10**

¹¹⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO **2011** 6487).

¹²⁰ 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).

d.¹²¹ un suivi, durant les 56 jours suivant la naissance, consistant en des visites à domicile pour surveiller l'état de santé de la mère et de l'enfant et leur prodiguer des soins ainsi que pour soutenir, guider et conseiller la mère dans la manière de prendre soin de l'enfant et de le nourrir:

1. seize visites à domicile au plus en cas de naissance prématurée, de naissance multiple, de premier enfant ou de césarienne ou dix visites à domicile au plus dans tous les autres cas,
- 2.¹²² durant les dix jours suivant la naissance, la sage-femme peut, en plus des visites à domicile selon le ch. 1, organiser, au maximum cinq fois, une deuxième visite le même jour,
- 3.¹²³ une prescription médicale est requise pour des visites à domicile supplémentaires à celles visées aux ch. 1 et 2.

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

³ ...¹²⁴

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, LAMal¹²⁵):

- 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;

¹²¹ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 17 juin 2015, en vigueur depuis le 15 juil. 2015 (RO **2015** 2197).

¹²² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2015, en vigueur depuis le 1er janv. 2016 (RO **2015** 5125).

¹²³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2015, en vigueur depuis le 1er janv. 2016 (RO **2015** 5125).

¹²⁴ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 17 juin 2015, avec effet au 15 juil. 2015 (RO **2015** 2197).

¹²⁵ RS **832.10**

- c. maladies de l'os maxillaire et des tissus mous:
 - 1. tumeurs bénignes des maxillaires et muqueuses et modifications pseudotumorales,
 - 2. tumeurs malignes de la face, des maxillaires et du cou,
 - 3. ostéopathies des maxillaires,
 - 4. kystes (sans rapport avec un élément dentaire),
 - 5. ostéomyélite des maxillaires;
- d. maladies de l'articulation temporo-mandibulaire et de l'appareil de locomotion:
 - 1. arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire,
 - 2. ankylose,
 - 3. luxation du condyle et du disque articulaire;
- e. maladies du sinus maxillaire:
 - 1. dent ou fragment dentaire logés dans le sinus,
 - 2. fistule bucco-sinuale;
- f. dysgnathies qui provoquent des affections pouvant être qualifiées de maladie, tels que:
 - 1. syndrome de l'apnée du sommeil,
 - 2. troubles graves de la déglutition,
 - 3. asymétries graves cranio-faciales.

Art. 18 Autres maladies¹²⁶

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, LAMal¹²⁷):

- a.¹²⁸ 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,

¹²⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO 1998 2923).

¹²⁷ RS **832.10**

¹²⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO 1998 2923).

4. hypophosphatasie (rachitisme génétique dû à une résistance à la vitamine D);
- c. autres maladies:
 1. polyarthrite chronique avec atteinte des maxillaires,
 2. maladie de Bechterew avec atteinte des maxillaires,
 3. arthropathies psoriasiques avec atteinte des maxillaires,
 4. maladie de Papillon-Lefèvre,
 5. sclérodermie,
 6. SIDA,
 7. maladies psychiques graves avec une atteinte consécutive grave de la fonction de mastication;
- d. maladies des glandes salivaires;
- e.¹²⁹ ...

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.¹³⁰

Art. 19¹³¹ Soins dentaires¹³²

L'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires pour réaliser et garantir les traitements médicaux (art. 31, al. 1, let. c, LAMa¹³³):

- 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;
- e.¹³⁴ en cas de syndrome de l'apnée du sommeil.

¹²⁹ Abrogée par le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998, avec effet au 1^{er} janv. 1999 (RO **1998** 2923).

¹³⁰ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2002 (RO **2002** 3013, **2005** 5021).

¹³¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO **1998** 2923).

¹³² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 16 mai 2014, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2014 (RO **2014** 1251).

¹³³ RS **832.10**

¹³⁴ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 16 mai 2014, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2014 (RO **2014** 1251).

Art. 19a¹³⁵ 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:¹³⁶

- 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 LAMal¹³⁷ mais qui n'est pas assuré par l'assurance-invalidité fédérale.

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

1. dysplasies ectodermiques;
2. maladies bulleuses congénitales de la peau (épidermolyse bulleuse héréditaire, acrodermatite entéropathique et pemphigus chronique bénin familial);
3. chondrodystrophie (p. ex.: achondroplasie, hypochondroplasie, dysplasie épiphysaire multiple);
4. dysostoses congénitales;
5. exostoses cartilagineuses, lorsqu'une opération est nécessaire;
6. hémihypertrophies et autres asymétries corporelles congénitales, lorsqu'une opération est nécessaire;
7. lacunes congénitales du crâne;
8. craniosynostoses;
9. malformations vertébrales congénitales (vertèbres très fortement cunéiformes, vertèbres soudées en bloc type Klippel-Feil, vertèbres aplasiques et vertèbres très fortement dysplasiques);
10. arthromyodysplasie congénitale (arthrogrypose);
11. dystrophie musculaire progressive et autres myopathies congénitales;
12. Myosite ossifiante progressive congénitale;
13. cheilo-gnatho-palatoschisis (fissure labiale, maxillaire, division palatine);
14. fissures faciales, médianes, obliques et transverses;
15. fistules congénitales du nez et des lèvres;
- 16.¹³⁸ proboscis lateralis;
- 17.¹³⁹ 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;

¹³⁵ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1997 (RO 1997 564).

¹³⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 4 juil. 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2697).

¹³⁷ RS 832.10

¹³⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1998 2923).

¹³⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1998 2923).

18. anodontie congénitale totale ou anodontie congénitale partielle par absence d'au moins deux dents permanentes juxtaposées ou de quatre dents permanentes par mâchoire à l'exclusion des dents de sagesse;
19. hyperodontie congénitale, lorsque la ou les dents surnuméraires provoquent une déviation intramaxillaire ou intramandibulaire qui nécessite un traitement au moyen d'appareils;
20. micromandibulie congénitale inférieure, lorsqu'elle entraîne, au cours de la première année de la vie, des troubles de la déglutition et de la respiration nécessitant un traitement ou lorsque:
 - l'appréciation céphalométrique montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB de 9 degrés et plus (ou par un angle ANB d'au moins 7 degrés combiné à un angle maxillo-basal d'au moins 37 degrés);
 - les dents permanentes, à l'exclusion des dents de sagesse, présentent une non-occlusion d'au moins trois paires de dents antagonistes dans les segments latéraux par moitié de mâchoire;
21. mordex apertus congénital, lorsqu'il entraîne une béance verticale après éruption des incisives permanentes et que l'appréciation céphalométrique montre un angle maxillo-basal de 40 degrés et plus (ou de 37 degrés au moins combiné à un angle ANB de 7 degrés et plus);
mordex clausus congénital, lorsqu'il entraîne une supraclusion après éruption des incisives permanentes et que l'appréciation céphalométrique montre un angle maxillo-basal de 12 degrés au plus (ou de 15 degrés au plus combiné à un angle ANB de 7 degrés et plus);
22. prognathie inférieure congénitale, lorsque:
 - l'appréciation céphalométrique montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB d'au moins -1 degré et qu'au moins deux paires antagonistes de la seconde dentition se trouvent en position d'occlusion croisée ou en bout à bout,
 - 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;

- 28.¹⁴⁰ 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.¹⁴¹ 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 éosinophile, maladies de Hand – Schüller – Christian et de Letterer – Siwe);
34. malformations du système nerveux et de ses enveloppes (encéphalocèle, kyste arachnoïdien, myéломéningocèle, hydromyélie, méningocèle, mégaloencéphalie, porencéphalie et diastématomyélie);
35. affections hérédito-dégénératives du système nerveux (p. ex.: ataxie de Friedreich, leucodystrophies et affections progressives de la substance grise, atrophies musculaires d'origine spinale ou neurale, dysautonomie familiale, analgésie congénitale);
36. épilepsies congénitales;
37. paralysies cérébrales congénitales (spastiques, athétosiques et ataxiques);
38. paralysies et parésies congénitales;
39. ptose congénitale de la paupière;
40. aplasie des voies lacrymales;
41. anophthalmie;
42. tumeurs congénitales de la cavité orbitaire;
43. atrésie congénitale de l'oreille, y compris l'otite et la microtie;
44. malformations congénitales du squelette du pavillon de l'oreille;
45. troubles congénitaux du métabolisme des mucopolysaccharides et des glycoprotéines (p. ex.: maladie Pfaundler-Hurler, maladie de Morquio);

¹⁴⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 2001, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO 2001 2150).

¹⁴¹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998 (RO 1998 2923). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 2001, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO 2001 2150).

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-trigénimée (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. 20¹⁴² Principe

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

Art. 20a¹⁴³ 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, LAMal¹⁴⁴ ne figurent pas sur la liste. Le remboursement est fixé dans les conventions tarifaires avec celui de l'examen ou du traitement correspondant.

¹⁴² 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).

¹⁴³ 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).

¹⁴⁴ RS 832.10

³ La liste des moyens et appareils n'est pas publiée au Recueil officiel du droit fédéral (RO) ni au Recueil systématique du droit fédéral (RS). Les modifications sont mises en ligne sur le site Internet de l'OFSP¹⁴⁵. Une liste globale paraît en principe une fois par an^{146, 147}.

Art. 21¹⁴⁸ Annonce

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

Art. 22 Conditions limitatives

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

Art. 23 Exigences

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

Art. 24 Remboursement

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

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

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

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

¹⁴⁵ www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Tarifs et prix > Liste des moyens et appareils

¹⁴⁶ La liste peut être obtenue auprès de l'Office fédéral des constructions et de la logistique (OFCL), Vente des publications fédérales, 3003 Berne

¹⁴⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO **2011** 6487).

¹⁴⁸ 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).

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. 28¹⁴⁹

¹ La liste mentionnée à l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 1, LAMal¹⁵⁰, fait partie intégrante de la présente ordonnance, dont elle constitue l'annexe 3 intitulée «Liste des analyses» («LAna»).¹⁵¹

² La liste des analyses n'est pas publiée au RO ni au RS. Les modifications sont mises en ligne sur le site Internet de l'OFSP¹⁵². Une liste globale paraît en principe une fois par an^{153, 154}.

¹⁴⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 3 juil. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} oct. 1996 (RO **1996** 2430).

¹⁵⁰ RS **832.10**

¹⁵¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 juil. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO **2000** 2546).

¹⁵² www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Tarifs et prix > Liste des analyses

¹⁵³ La liste peut être obtenue auprès de l'Office fédéral des constructions et de la logistique (OFCL), Vente des publications fédérales, 3003 Berne

¹⁵⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2012 (RO **2011** 6487).

Section 2 Liste des médicaments avec tarif

Art. 29¹⁵⁵

¹ La liste prévue à l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 2, LAMal¹⁵⁶, 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^{157, 158}

Section 3 Liste des spécialités

Art. 30 Principe

¹ Un médicament peut être admis sur la liste des spécialités:¹⁵⁹

- a.¹⁶⁰ lorsque la preuve de son efficacité, de sa valeur thérapeutique et de son caractère économique est établie;
- b.¹⁶¹ lorsqu'il est autorisé par l'Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic).

² ...¹⁶²

Art. 30a¹⁶³ 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;

¹⁵⁵ 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).

¹⁵⁶ RS **832.10**

¹⁵⁷ La liste des médicaments avec tarif peut aussi être consultée soit à l'Office fédéral de la santé publique, Assurance-maladie et accident, 3003 Berne, soit à l'adresse Internet: www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06492/06493/index.html?lang=fr

¹⁵⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2002 (RO **2002** 3013).

¹⁵⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2002 (RO **2002** 3013).

¹⁶⁰ 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).

¹⁶¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2015 (RO **2015** 1359).

¹⁶² Abrogé par le ch. II 2 de l'O du DFI du 26 oct. 2001, avec effet au 1^{er} janv. 2002 (RO **2001** 3397).

¹⁶³ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2002 (RO **2002** 3013). Voir aussi les disp. trans. de la mod. du 21 mars 2012 à la fin du texte.

- b^{bis}.¹⁶⁴ 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.¹⁶⁵ ...

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

Art. 31¹⁶⁶ Procédure d'admission

¹ L'OFSP décide, après avoir consulté la Commission fédérale des médicaments (CFM):

- a. des demandes d'admission d'un médicament dans la liste des spécialités visées à l'art. 30a;
- b. des demandes d'augmentation de prix visées à l'art. 67, al. 2, OAMal;
- c. des demandes et des conséquences des communications visées à l'art. 65f OAMal.

² Il décide sans consulter la CFM:

- a. des demandes d'admission de nouvelles formes galéniques, de nouvelles tailles d'emballage ou de nouveaux dosages pour les médicaments qui figurent déjà sur la liste des spécialités, pour autant que les indications du médicament ne doivent pas être modifiées;
- b. des demandes d'admission de médicaments qui ont 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 thérapeutiques¹⁶⁷ et dont la préparation originale figure déjà sur la liste des spécialités;

¹⁶⁴ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 2006, en vigueur depuis le 10 mai 2006 (RO **2006** 1757).

¹⁶⁵ Abrogée par le ch. I de l'O du DFI du 8 mai 2013, avec effet au 1^{er} juin 2013 (RO **2013** 1357).

¹⁶⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2015 (RO **2015** 1359).

¹⁶⁷ RS **812.21**

- c. des demandes d'admission de médicaments en co-marketing dont la préparation de base figure déjà sur la liste des spécialités.

³ Il peut consulter la CFM pour les demandes d'admission visées à l'al. 2 si son avis revêt un intérêt particulier.

⁴ Lorsqu'elle est consultée, la CFM émet une recommandation.

Art. 31a¹⁶⁸ Procédure rapide d'admission

¹ Si Swissmedic a accepté une procédure rapide d'autorisation au sens de l'art. 5 de l'ordonnance du 17 octobre 2001 sur les médicaments¹⁶⁹, l'OFSP lance une procédure rapide d'admission.

² Le titulaire de l'autorisation doit avoir déposé une demande d'admission auprès de l'OFSP au plus tard 30 jours avant la séance de la CFM au cours de laquelle la demande d'autorisation doit être traitée.

Art. 31b¹⁷⁰ Durée de la procédure d'admission dans la liste des spécialités

Si les conditions régissant l'entrée en matière sur les demandes énoncées à l'art. 69, al. 4, OAMal sont remplies avant l'autorisation définitive par Swissmedic, l'OFSP décide en règle générale dans les 60 jours suivant l'autorisation définitive.

Art. 32¹⁷¹ Efficacité

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

Art. 33¹⁷² 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.¹⁷³

¹⁶⁸ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002 (RO 2002 3013). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2015 (RO 2015 1359).

¹⁶⁹ RS 812.212.21

¹⁷⁰ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2015 (RO 2015 1359).

¹⁷¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2002 (RO 2002 3013).

¹⁷² 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).

¹⁷³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2002 (RO 2002 3013).

Art. 34¹⁷⁴ Comparaison thérapeutique

¹ Pour juger du caractère économique d'un médicament sur la base de la comparaison avec d'autres médicaments (comparaison thérapeutique), l'OFSP examine les critères suivants:

- a. l'efficacité par rapport à d'autres médicaments dont les indications sont identiques ou les effets similaires;
- b. le coût du médicament par jour ou par traitement par rapport au coût de médicaments dont les indications sont identiques ou les effets similaires.

² La prime à l'innovation visée à l'art. 65b, al. 7, OAMal est accordée pour quinze ans au plus.

Art. 34a¹⁷⁵ Admission de nouvelles formes galéniques, de nouvelles tailles d'emballage ou de nouveaux dosages

Pour les demandes visées à l'art. 31, al. 2, let. a, le caractère économique est évalué exclusivement sur la base d'une comparaison thérapeutique avec les formes galéniques, tailles d'emballage ou dosages du médicament qui figurent déjà sur la liste des spécialités.

Art. 34a^{bis 176} Comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger: pays de référence et objet de la comparaison

¹ Le caractère économique est évalué sur la base d'une comparaison avec les prix pratiqués en Allemagne, au Danemark, en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas, en France, en Autriche, en Belgique, en Finlande et en Suède. La comparaison peut être établie avec d'autres pays ayant des structures économiques comparables dans le domaine pharmaceutique, pour autant que le prix de fabrique, le prix de revient pour les pharmacies ou le prix de gros soit public.

² La comparaison porte sur un médicament identique dans les pays de référence, quels qu'en soient la dénomination, le titulaire de l'autorisation ou la prise en charge dans le pays de référence, et indépendamment d'une influence du titulaire suisse sur le prix de fabrique. Par médicament identique, on entend les préparations originales contenant la même substance active et possédant une forme galénique identique.

³ Les différences d'indications entre la Suisse et les pays de référence ne sont pas prises en compte.

¹⁷⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 21 oct. 2015, en vigueur depuis le 15 nov. 2015 (RO 2015 4189).

¹⁷⁵ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 21 oct. 2015, en vigueur depuis le 15 nov. 2015 (RO 2015 4189).

¹⁷⁶ Anciennement art. 34a. Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2015 (RO 2015 1359).

Art. 34b¹⁷⁷ Comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger: marges des grossistes et rabais imposés aux fabricants

¹ Lors de la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger, les marges suivantes des grossistes sont déduites du prix de revient pour les pharmacies ou du prix de gros conformément à l'art. 65b, al. 3, OAMal:

- a. Danemark: 6,5 % du prix de revient pour les pharmacies;
- b. Grande-Bretagne: 12,5 % du prix de gros;
- c. Pays-Bas: 6,5 % du prix de revient pour les pharmacies;
- d. Finlande: 3 % du prix de revient pour les pharmacies;
- e. Suède: 2,7 % du prix de revient pour les pharmacies.

² Lors de la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger, les rabais suivants imposés aux fabricants conformément à l'art. 65b, al. 4, sont déduits du prix de fabrique pratiqué en Allemagne:

- a. 7 % pour les préparations originales;
- b. 16 % pour les génériques et les préparations originales dont le brevet a expiré.

³ Si le titulaire de l'autorisation peut prouver que les montants visés aux al. 1 ou 2 diffèrent du montant effectif de la marge ou du rabais, les montants effectifs sont déduits.

Art. 34c¹⁷⁸ Comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger: calcul et communication du prix de fabrique des pays de référence

¹ Le titulaire de l'autorisation communique à l'OFSP le prix de fabrique des pays de référence. Il le fait attester par le titulaire de l'autorisation dans le pays de référence, par une autorité compétente ou par une association compétente. L'OFSP définit dans des directives les sources d'information déterminantes s'il n'est pas possible de déterminer clairement le prix de fabrique, le prix de revient pour les pharmacies ou le prix de gros ou que le titulaire de l'autorisation refuse de lui communiquer les prix concernés.

² Le prix de fabrique dans les pays de référence est converti en francs suisses au cours de change moyen sur douze mois calculé par l'OFSP.

¹⁷⁷ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2015 (RO 2015 1359).

¹⁷⁸ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2015 (RO 2015 1359).

Art. 34^{d179} Réexamen des conditions d'admission tous les trois ans: objet du réexamen du caractère économique

¹ L'OFSP procède une fois par année civile au réexamen des prix de fabrique des médicaments prévu à l'art. 65*d*, al. 1, OAMal. Il examine en un bloc les médicaments qui appartiennent au même groupe thérapeutique (groupe IT) de la liste des spécialités.

^{1bis} Les groupes IT sont répartis dans les blocs suivants, conformément à l'art. 65*d*, al. 1, OAMal:

- a. bloc A:
 1. gastroenterologica (04),
 2. métabolisme (07),
 3. antidotes (15),
 4. échangeurs de cations (16),
 5. radionucléides (17),
 6. gastroenterologica (médecines complémentaires) (54),
 7. métabolisme (médecines complémentaires) (57);
- b. bloc B:
 1. systèmes nerveux (01),
 2. reins et solutions de substitution (05),
 3. sang (06),
 4. dermatologica (10),
 5. odontostomatologica (13),
 6. diagnostica (14),
 7. systèmes nerveux (médecines complémentaires) (51),
 8. reins et solutions de substitution (médecines complémentaires) (55),
 9. sang (médecines complémentaires) (56),
 10. dermatologica (médecines complémentaires) (60);
- c. bloc C:
 1. cœur et circulation (02),
 2. système respiratoire (03),
 3. maladies infectieuses (08),
 4. gynaecologica (09),
 5. ophtalmologica (11),
 6. oto-rhinolaryngologica (12),
 7. cœur et circulation (médecines complémentaires) (52),
 8. système respiratoire (médecines complémentaires) (53),
 9. maladies infectieuses (médecines complémentaires) (58),

¹⁷⁹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2015 (RO 2015 1359). Voir disp. trans. des mod. du 29 avr. 2015 et 21 oct. 2015 à la fin du texte.

10. gynaecologica (médecines complémentaires) (59),
11. ophtalmologica (médecines complémentaires) (61),
12. oto-rhinolaryngologica (médecines complémentaires) (62).¹⁸⁰

² Le réexamen visé à l'al. 1 ne s'applique pas aux préparations originales suivantes:

- a.¹⁸¹ préparations originales dont le prix a été réexaminé depuis le dernier réexamen du caractère économique en raison d'une extension des indications ou d'une modification ou suppression d'une limitation conformément à l'art. 65f, al. 2, 2^e phrase, OAMal; l'OFSP procède au réexamen de ces préparations originales au plus tôt au cours de la deuxième année qui suit le dernier réexamen du prix;
- b. préparations originales qui figurent sur la liste des spécialités depuis moins de treize mois au 1^{er} janvier de l'année du réexamen.

Art. 34¹⁸² Réexamen des conditions d'admission tous les trois ans: comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger

¹ Le titulaire de l'autorisation fournit à l'OFSP, au plus tard le 15 février de l'année du réexamen, les prix de fabrique pratiqués dans tous les pays de référence au 1^{er} janvier de l'année du réexamen ainsi que des données actualisées avec indication des informations relatives au médicament qui ont changé depuis le réexamen précédent.

² Sur demande de l'OFSP, le titulaire de l'autorisation lui remet les documents suivants:

- a. les prix de fabrique pratiqués dans tous les pays de référence au 1^{er} janvier de l'année du réexamen, attestés par une personne autorisée à représenter le titulaire à l'étranger, une autorité compétente ou une association compétente;
- b. lors du premier réexamen, le nombre d'emballages de la préparation originale vendus en Suisse depuis l'admission dans la liste des spécialités, indiqué séparément pour chaque forme commercialisée.

³ Pour calculer les prix visés à l'al. 1, le titulaire de l'autorisation qui distribue la préparation originale communique à l'OFSP, pour toutes les formes commercialisées de la même substance active, quel est l'emballage qui a généré le plus gros chiffre d'affaires en Suisse au cours des douze derniers mois. L'OFSP peut exiger les chiffres en question.

⁴ Un prix de fabrique en Suisse inférieur au prix de fabrique moyen des pays de référence ne justifie pas une augmentation de prix.

¹⁸⁰ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 21 oct. 2015, en vigueur depuis le 15 nov. 2015 (RO 2015 4189).

¹⁸¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 21 oct. 2015, en vigueur depuis le 15 nov. 2015 (RO 2015 4189).

¹⁸² Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2015 (RO 2015 1359). Voir disp. trans. de cette mod. à la fin du texte.

Art. 34^{f183} Réexamen des conditions d'admission tous les trois ans: comparaison avec d'autres médicaments

¹ Lorsqu'une comparaison est effectuée avec d'autres préparations originales (art. 65d, al. 3, OAMal), le prix retenu est le prix de fabrique de ces préparations originales au 1^{er} septembre de l'année du réexamen.

² Les préparations originales prises en compte sont celles dont les indications sont identiques ou les effets similaires (art. 34, al. 1, let. a) et qui figurent sur la liste des spécialités au moment du réexamen.

³ La comparaison est généralement effectuée sur la base du plus petit emballage et du plus petit dosage.

Art. 34g¹⁸⁴ Réexamen des conditions d'admission tous les trois ans: réexamen de l'efficacité des génériques

¹ Dans le cadre du réexamen visé à l'art. 34d, al. 1, les génériques sont réputés économiques si leur prix de fabrique est inférieur aux prix de fabrique des préparations originales correspondantes au 1^{er} septembre de l'année du réexamen, plus précisément:¹⁸⁵

- a. s'il leur est inférieur d'au moins 10 % et que le volume du marché suisse de la préparation originale, de son médicament en co-marketing et de son générique ne dépasse pas en moyenne 4 millions de francs par année pendant les trois ans précédant l'année du réexamen;
- b. s'il leur est inférieur d'au moins 20 % dans tous les autres cas.

² Lorsqu'une comparaison est effectuée avec d'autres médicaments pour la préparation originale, le prix de fabrique calculé est déterminant pour l'évaluation du caractère économique des génériques.

Art. 34h¹⁸⁶ Réexamen des conditions d'admission tous les trois ans: volume et moment de la baisse du prix de fabrique

¹ Si le réexamen des conditions d'admission tous les trois ans entraîne une baisse de prix, le pourcentage de baisse calculé s'applique aux prix de fabrique de toutes les formes commercialisées de la même substance active.

² L'OFSP abaisse le prix de fabrique d'un médicament avec effet au 1^{er} septembre de l'année du réexamen.

¹⁸³ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2015 (RO 2015 1359). Voir disp. trans. de cette mod. à la fin du texte.

¹⁸⁴ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2015 (RO 2015 1359). Voir disp. trans. de cette mod. à la fin du texte.

¹⁸⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 21 oct. 2015, en vigueur depuis le 15 nov. 2015 (RO 2015 4189).

¹⁸⁶ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2015 (RO 2015 1359). Voir disp. trans. de cette mod. à la fin du texte.

Art. 35¹⁸⁷

Art. 35a¹⁸⁸

Art. 35b¹⁸⁹

Art. 35c¹⁹⁰

Art. 36 Evaluation du caractère économique au cours des 15 premières années¹⁹¹

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.¹⁹²

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

³ La CFM peut demander à l'OFSP de supprimer complètement ou en partie la prime à l'innovation si les conditions qui en avaient déterminé l'octroi ne sont plus remplies.¹⁹³

Art. 37¹⁹⁴ Réexamen des conditions d'admission à l'expiration du brevet

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

¹⁸⁷ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, avec effet au 1^{er} juin 2015 (RO **2015** 1359).

¹⁸⁸ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000 (RO **2000** 3088). Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, avec effet au 1^{er} juin 2015 (RO **2015** 1359).

¹⁸⁹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002 (RO **2002** 3013). Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, avec effet au 1^{er} juin 2015 (RO **2015** 1359). Voir aussi les disp. trans. de la mod. du 30 juin 2010 à la fin du texte.

¹⁹⁰ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 30 juin 2010 (RO **2010** 3249). Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, avec effet au 1^{er} juin 2015 (RO **2015** 1359). Voir aussi les disp. trans. de cette mod. à la fin du texte.

¹⁹¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 avr. 2006, en vigueur depuis le 10 mai 2006 (RO **2006** 1757).

¹⁹² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 avr. 2006, en vigueur depuis le 10 mai 2006 (RO **2006** 1757).

¹⁹³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 8 mai 2013, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2013 (RO **2013** 1357).

¹⁹⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2015 (RO **2015** 1359).

Art. 37a¹⁹⁵ Extension des indications ou modification de la limitation:
documents à fournir

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

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

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

³ L'OFSP informe la CFM de toute extension des indications et de toute demande de modification d'une limitation.

Art. 37b¹⁹⁶ Restriction de l'indication

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

- a. la décision d'autorisation;
- b. l'attestation de l'autorisation;
- c. la version définitive de la notice destinée aux professions médicales;
- d. les documents contenant les informations et les données cliniques sur la base desquelles Swissmedic a décidé de modifier l'autorisation.

² L'OFSP peut informer la CFM de la restriction d'une indication.

Art. 37c¹⁹⁷

Art. 37d¹⁹⁸ 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.

¹⁹⁵ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 26 avr. 2006 (RO **2006** 1757). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2015 (RO **2015** 1359).

¹⁹⁶ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 26 avr. 2006 (RO **2006** 1757). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2015 (RO **2015** 1359).

¹⁹⁷ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 26 avr. 2006 (RO **2006** 1757). Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 24 sept. 2007 (RO **2007** 4443 4633).

¹⁹⁸ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 26 avr. 2006, en vigueur depuis le 10 mai 2006 (RO **2006** 1757).

2 ... 199

Art. 37^{e200} Remboursement de l'excédent de recettes

¹ L'OFSP vérifie si un excédent de recettes au sens de l'art. 67a OAMal a été réalisé:

- a. lors du premier réexamen des conditions d'admission au sens des art. 34d à 34f et 34h;
- b. à l'issue d'une procédure de recours;
- c. deux ans après une extension des indications ou une modification de la limitation qui ont été suivies d'une baisse du prix de fabrique conformément à l'art. 65f, al. 2, 1^{re} phrase, OAMal.

² Toutes les formes commercialisées d'un médicament sont prises en compte dans le calcul.

³ L'excédent de recettes dans les cas visés à l'al. 1, let. a et b, est calculé comme suit

- a. on établit tout d'abord la différence entre le prix de fabrique lors de l'admission ou le prix de fabrique pendant la procédure de recours et le prix de fabrique après la baisse de prix;
- b. puis, cette différence est multipliée par le nombre d'emballages vendus entre le moment de l'admission et celui de la baisse de prix ou par le nombre d'emballages vendus pendant la procédure de recours.

⁴ Le calcul de l'excédent de recettes dans le cas visé à l'al. 1, let. c, se fonde sur le nombre d'emballages vendus. Si celui-ci est supérieur à l'estimation du titulaire de l'autorisation au sens de l'art. 65f, al. 2, 1^{re} phrase, OAMal, l'excédent de recettes équivaut à 35 % du résultat du calcul suivant:

- a. on établit tout d'abord, pour chaque emballage, la différence entre le nombre d'emballages effectif et le nombre d'emballages estimé;
- b. puis cette différence est multipliée pour chaque emballage par le prix de fabrique pratiqué avant la baisse de prix visée à l'art. 65f, al. 2, 1^{re} phrase, OAMal;
- c. enfin, les montants obtenus sont additionnés.

⁵ Les taux de change déterminants pour le calcul de l'excédent de recettes dans le cas prévu à l'al. 1, let. a, sont ceux qui avaient cours à la date de l'admission de la préparation.

⁶ Si l'OFSP a des doutes fondés sur l'exactitude des indications données par le titulaire de l'autorisation, il peut exiger de celui-ci qu'il fasse confirmer ces indications, pour le médicament concerné, par l'organe de révision externe.

¹⁹⁹ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, avec effet au 1^{er} juin 2015 (RO **2015** 1359).

²⁰⁰ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1^{er} juin 2015 (RO **2015** 1359).

⁷ Si le titulaire de l'autorisation abaisse de son propre chef avant le 1^{er} septembre de l'année du réexamen le prix de fabrique de sa préparation originale au niveau du prix de fabrique déterminé à l'art. 65d OAMal, il communique à l'OFSP le prix de fabrique des pays de référence au moment de la demande de baisse volontaire du prix. Si cette baisse a lieu au cours des 18 premiers mois suivant l'admission de la préparation originale dans la liste des spécialités, le titulaire de l'autorisation n'est pas tenu de rembourser l'excédent de recettes, en dérogation à l'art. 67a, al. 1, OAMal.²⁰¹

⁸ L'OFSP fixe dans sa décision de remboursement le montant de l'excédent de recettes et le délai imparti pour le verser à l'institution commune.

Art. 38²⁰² Part relative à la distribution

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

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

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

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

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

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

²⁰¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 21 oct. 2015, en vigueur depuis le 15 nov. 2015 (RO **2015** 4189).

²⁰² Anciennement art. 35a. Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000 (RO **2000** 3088). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1^{er} juil. 2009, en vigueur depuis le 1^{er} oct. 2009 (RO **2009** 4251).

Section 4²⁰³ Quote-part des médicaments

Art. 38^{a204}

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

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

³ La détermination de la moyenne du tiers le plus avantageux a lieu le 1^{er} septembre ou lors de l'inscription du premier générique sur la liste des spécialités.²⁰⁵

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

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

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

Titre 2 Conditions du droit de fournir des prestations

Chapitre 1 ...

Art. 39²⁰⁶

²⁰³ 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).

²⁰⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 fév. 2011, en vigueur depuis le 1^{er} mars 2011 (RO **2011** 657). Voir les disp. trans. de cette mod. à la fin du texte.

²⁰⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 21 oct. 2015, en vigueur depuis le 15 nov. 2015 (RO **2015** 4189).

²⁰⁶ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, avec effet au 1^{er} juil. 2002 (RO **2002** 3013).

Chapitre 2 Ecoles de chiropratique

Art. 40²⁰⁷

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 étrangères²⁰⁸.

Chapitre 3 ...

Art. 41²⁰⁹

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 Sont reconnus comme formation supérieure au sens de l'art. 54, al. 2, OAMal:

- a. le diplôme de «laborantin médical avec formation professionnelle supérieure CRS» délivré par une institution de formation reconnue par la Croix-Rouge suisse;
- b. le diplôme de «technicien en analyses biomédicales ES avec formation professionnelle supérieure CRS» délivré par une institution de formation reconnue par la Croix-Rouge suisse;
- c. l'attestation d'équivalence de chef laborantin délivrée par la Croix-Rouge suisse;
- d. le diplôme fédéral d'«expert en analyses biomédicales et gestion de laboratoire» ou un diplôme reconnu équivalent.²¹⁰

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'équi-

²⁰⁷ Nouvelle teneur selon l'art. 2 de l'O du DFI du 20 août 2007 sur les filières d'études de chiropratique reconnues offertes par des hautes écoles universitaires étrangères, en vigueur depuis le 1^{er} sept. 2007 (RO **2007** 4085).

²⁰⁸ RS **811.115.4**

²⁰⁹ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 29 juin 1999, avec effet au 1^{er} janv. 2000 (RO **1999** 2517).

²¹⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 16 mai 2014, en vigueur depuis le 1^{er} juil. 2014 (RO **2014** 1251).

valence d'une formation postgraduée qui ne correspond pas à la réglementation de la FAMH.

4 ...²¹¹

Art. 43²¹² 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.²¹³

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).²¹⁴

Titre 3 Dispositions finales

Art. 44 Abrogation du droit en vigueur

Sont abrogées:

- a. l'ordonnance 2 du DFI du 16 février 1965²¹⁵ 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 1965²¹⁶ sur l'assurance-maladie concernant l'exercice du droit aux subsides fédéraux pour soins médicaux et pharmaceutiques des invalides;

²¹¹ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 4 avril 2007, avec effet au 1^{er} avril 2007 (RO **2007** 1367).

²¹² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 17 nov. 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2004 (RO **2003** 5283). Voir aussi les disp. fin. de cette mod. à la fin du texte.

²¹³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 4 avril 2007, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2007 (RO **2007** 1367).

²¹⁴ Voir aussi les disp. fin. de la mod. du 4 avril 2007 à la fin du texte.

²¹⁵ [RO **1965** 131, **1970** 949, **1971** 1719, **1986** 1487 ch. II]

²¹⁶ [RO **1965** 429, **1968** 1052, **1974** 688, **1986** 891]

- c. l'ordonnance 4 du DFI du 30 juillet 1965²¹⁷ sur l'assurance-maladie concernant la reconnaissance et la surveillance des préventoriums admis à recevoir des assurés mineurs;
- d. l'ordonnance 6 du DFI du 10 décembre 1965²¹⁸ sur l'assurance-maladie concernant les instituts de chiropratique reconnus;
- e. l'ordonnance 7 du DFI du 13 décembre 1965²¹⁹ 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 1985²²⁰ sur l'assurance-maladie concernant les traitements psychothérapeutiques à la charge des caisses-maladie reconnues;
- g. l'ordonnance 9 du DFI du 18 décembre 1990²²¹ 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 1968²²² sur l'assurance-maladie concernant l'admission des médicaments sur la liste des spécialités;
- i. l'ordonnance du DFI du 28 décembre 1989²²³ sur les médicaments obligatoirement pris en charge par les caisses-maladie reconnues;
- k. l'ordonnance du DFI du 23 décembre 1988²²⁴ sur les analyses obligatoirement prises en charge par les caisses-maladie reconnues.

Art. 45²²⁵**Art. 46** Entrée en vigueur²²⁶

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

2 ...²²⁷

3 ...²²⁸

²¹⁷ [RO 1965 619, 1986 1487 ch. II]

²¹⁸ [RO 1965 1211, 1986 1487 ch. II, 1988 973]

²¹⁹ [RO 1965 1213, 1968 838, 1971 1258, 1986 1487 ch. II, 1988 2012, 1993 349, 1995 890]

²²⁰ [RO 1986 87]

²²¹ [RO 1991 519, 1995 891]

²²² [RO 1968 1543, 1986 1487]

²²³ [RO 1990 127, 1991 959, 1994 765]

²²⁴ [RO 1989 374, 1995 750 3688]

²²⁵ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000, avec effet au 1^{er} janv. 2001 (RO 2000 3088).

²²⁶ 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).

²²⁷ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 15 janv. 1996, avec effet au 1^{er} mai 1996 (RO 1996 909).

²²⁸ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 26 fév. 1996, avec effet au 1^{er} juin 1996 (RO 1996 1232).

Disposition finale de la modification du 17 novembre 2003²²⁹

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»)²³⁰.

Dispositions finales de la modification du 3 juillet 2006²³¹

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^{232,233}

² ...²³⁴

Dispositions finales de la modification du 4 avril 2007²³⁵

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 2007²³⁶.

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

Dispositions transitoires de la modification du 19 septembre 2007²³⁷

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.

²²⁹ RO **2003** 5283

²³⁰ Ce règlement n'est publié ni au RO ni au RS. Il peut être consulté à l'Office fédéral des assurances sociales, Effingerstrasse 20, 3003 Berne.

²³¹ RO **2006** 2957

²³² RO **2006** 23

²³³ En vigueur depuis le 1^{er} juil. 2006.

²³⁴ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, avec effet au 1^{er} janv. 2012 (RO **2011** 6487).

²³⁵ RO **2007** 1367

²³⁶ Cette mod. entre en vigueur le 1^{er} avril 2007.

²³⁷ RO **2007** 4443

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

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

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

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

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

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

Dispositions transitoires de la modification du 30 juin 2010²³⁸

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

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

²³⁸ RO 2010 3249

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

Dispositions transitoires de la modification du 2 février 2011²³⁹

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

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

Dispositions transitoires de la modification du 21 mars 2012²⁴⁰

Disposition transitoire relative à la modification du 29 avril 2015²⁴¹

¹ Le premier réexamen des conditions d'admission selon les règles fixées aux art. 34d à 34h est effectué en 2016.

² Les dispositions de la modification du 29 avril 2015 sont également applicables aux demandes sur lesquelles l'OFSP ne s'est pas encore prononcé à l'entrée en vigueur de ladite modification.

³ Pour les médicaments qui ont été admis dans la liste des spécialités avant l'entrée en vigueur de la modification du 29 avril 2015 et dont le réexamen des conditions d'admission tous les trois ans au sens de l'art. 65d OAMal n'avait pas encore eu lieu, le remboursement de l'excédent de recettes est évalué lors du prochain réexamen des conditions d'admission au sens de l'article précité selon les conditions prévues à l'art. 35c de l'ancien droit.

Dispositions transitoires relatives à la modification du 21 octobre 2015²⁴²

¹ Le premier réexamen des conditions d'admission prévu tous les trois ans selon les règles fixées à l'art. 34d est effectué en 2016 pour le bloc A, en 2017 pour le bloc B et en 2018 pour le bloc C.

² Pour les médicaments qui ont été admis dans la liste des spécialités avant le 1^{er} juin 2015, le remboursement de l'excédent de recettes est régi par l'al. 3 de la disposition transitoire relative à la modification du 29 avril 2015²⁴³.

²³⁹ RO **2011** 657

²⁴⁰ Applicable du 1^{er} mai 2012 au 31 déc. 2014 (RO **2012** 1769, ch. III al. 2).

²⁴¹ RO **2015** 1359

²⁴² RO **2015** 4189

²⁴³ RO **2015** 1359

*Annexe I*²⁴⁴
(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.

²⁴⁴ Nouvelle teneur selon le ch. II al. 1 de l'O du DFI du 9 nov. 2005 (RO **2006** 23). Mise à jour selon le ch. II de l'O du DFI du 3 juil. 2006 (RO **2006** 2957), le ch. II al. 1 des O du DFI du 20 déc. 2006 (RO **2006** 5769), du 28 juin 2007 (RO **2007** 3581), du 21 nov. 2007 (RO **2007** 6839), du 26 juin 2008 (RO **2008** 3553), du 10 déc. 2008 (RO **2008** 6493), du 5 juin 2009 (RO **2009** 2821), du 27 oct. 2009 (RO **2009** 6083), du 14 juin 2010, (RO **2010** 2755), le ch. I de l'O du DFI du 16 août 2010 (RO **2010** 3559), le ch. II al. 1 des O du DFI du 2 déc. 2010 (RO **2010** 5837), du 31 mai 2011 (RO **2011** 2669), du 5 déc. 2011 (RO **2011** 6487), du 12 juin 2012 (RO **2012** 3553), du 15 nov. 2012 (RO **2012** 6587), du 10 juin 2013 (RO **2013** 1925), du 6 déc. 2013 (RO **2013** 5329), du 16 mai 2014 (RO **2014** 1251), du 20 nov. 2014 (RO **2014** 4393), du 17 juin 2015 (RO **2015** 2197) et du 27 nov. 2015, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2016 (RO **2015** 5125).

Table des matières de l'annexe 1

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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
1 Chirurgie			
<i>1.1 Chirurgie générale</i>			
Mesures en cas d'opération du cœur	Oui	Sont inclus: Cathétérisme cardiaque; angiocardiographie, produit de contraste compris; hypothermie; emploi du cœur-poumon artificiel; emploi d'un Cardioverter comme stimulateur, défibrillateur ou moniteur cardiaque; conserves de sang et sang frais; pose d'une valvule artificielle, prothèse comprise; pose d'un stimulateur cardiaque, appareil compris.	1.9.1967
Système de stabilisation pour opération de pontage coronarien à cœur battant	Oui	Tous les patients ayant besoin d'un pontage coronarien. Dans les cas suivants un avantage spécial peut être attendu de cette méthode: – aorte très calcifiée; – défaillance rénale; – syndrome respiratoire obstructif chronique; – âge avancé (plus de 70–75 ans). Contre-indications: – vaisseaux sanguins très calcifiés ou très petits et diffus (> 1,5 mm); – instabilité hémodynamique peropératoire à cause de la manipulation du cœur ou à cause d'une ischémie.	1.1.2002
Reconstruction mammaire	Oui	Pour rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente après une ablation totale ou partielle du sein médicalement indiquée.	23.8.1984/ 1.3.1995/ 1.1.2015
Réduction du sein intact	Oui	Pour corriger une asymétrie mammaire et rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente après une ablation totale ou partielle du sein médicalement indiquée.	1.1.2015
Autotransfusion	Oui		1.1.1991

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement chirurgical de l'adiposité	Oui	Le patient présente un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 35. Un traitement amaigrissant approprié de deux ans est resté sans effet. Pose de l'indication, réalisation, assurance de la qualité et contrôle de suivi, comme prévu dans le document Directives médicales pour le traitement chirurgical de l'obésité du Swiss Study Group for Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB) du 25 septembre 2013²⁴⁵. Réalisation dans des centres qui, du fait de leur organisation et de leur personnel, sont en mesure de respecter les directives médicales du SMOB du 25 septembre 2013 pour le traitement chirurgical de l'adiposité. Les centres reconnus par le SMOB conformément aux directives administratives pour le traitement chirurgical de l'obésité du 25.09.2013 sont réputés satisfaire à ces conditions. Si l'intervention doit se dérouler dans un centre non reconnu par le SMOB, le médecin-conseil doit donner son accord préalable.	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2014
Traitement de l'adiposité par ballonnet intra-gastrique	Non		25.8.1988
Ablation thermique endoveineuse de veines saphènes en cas de varices	Oui	Par radiofréquence ou laser Seulement par des médecins avec attestation de formation continue (AFC) en ablation thermique endoveineuse de veines saphènes en cas de varices.	1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2016
Traitement des varices par ablation mécano-chimique endoveineuse de type Clarivein®	Non		1.7.2013

²⁴⁵ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
<i>1.2 Chirurgie de transplantation</i>			
Transplantation rénale isolée	Oui	Sont inclus les frais d'opération du donneur, y compris le traitement des complications éventuelles ainsi que les prestations visées à l'art. 14, al. 1 et 2, de la loi fédérale du 8 octobre 2004 sur la transplantation ²⁴⁶ et à l'art. 12 de l'ordonnance du 16 mars 2007 sur la transplantation ²⁴⁷ . 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: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève en collaboration avec le Centre hospitalier universitaire vaudois, si les centres participent au registre de SwissTransplant.	1.1.2003
Transplantation cœur-poumon	Non		31.8.1989/ 1.4.1994
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	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève, si les centres participent au registre de Swisstransplant. Sont inclus les frais d'opération du donneur, y compris le traitement des complications éventuelles ainsi que les prestations visées à l'art. 14, al. 1 et 2, de la loi sur la transplantation et à l'art. 12 de l'ordonnance sur la transplantation. La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de décès éventuel du donneur est exclue.	1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.2008/ 1.1.2012
Transplantation simultanée du pancréas et du rein	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève, si le centre participe au registre de SwissTransplant.	1.1.2003
Transplantation du pancréas après une transplantation du rein	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres participent au registre de Swisstransplant.	1.7.2010

²⁴⁶ RS 810.21²⁴⁷ RS 810.211

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Transplantation isolée du pancréas	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres participent au registre de Swisstransplant.	31.8.1989/ 1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.7.2010
Transplantation simultanée d'îlots de Langerhans et du rein	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres participent au registre de Swisstransplant.	1.7.2010
Transplantation d'îlots de Langerhans après une transplantation du rein	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres participent au registre de Swisstransplant.	1.7.2010
Allotransplantation isolée d'îlots de Langerhans	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres participent au registre de Swisstransplant.	1.7.2002/ 1.7.2010
Autotransplantation isolée d'îlots de Langerhans	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres participent au registre de Swisstransplant.	1.7.2002/ 1.7.2010
Transplantation isolée de l'intestin grêle	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres participent au registre de Swisstransplant.	1.7.2002/ 1.7.2010
Transplantation de l'intestin grêle et du foie et transplantation multiviscérale	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève, si les centres participent au registre de Swisstransplant.	1.7.2002/ 1.7.2010
Greffe d'épiderme autologue de culture (kératinocytes)	Oui	Adultes: – brûlures à 70 % ou plus de la surface corporelle totale; – brûlures profondes à 50 % ou plus de la surface corporelle totale. Enfants: – brûlures à 50 % ou plus de la surface corporelle totale; – brûlures profondes à 40 % ou plus de la surface corporelle totale.	1.1.1997/ 1.1.2001

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement de plaies difficilement guérissables au moyen d'une greffe de peau issue d'une culture	Oui	Equivalents de peau autogènes ou allogènes autorisés selon les prescriptions légales. Après un traitement conservateur approprié qui a échoué. Pose de l'indication et sélection de la méthode ou du produit selon les directives du 1^{er} avril 2011 sur l'utilisation des équivalents de peau en cas de plaies difficilement guérissables²⁴⁸, émises par la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies. Dans des centres reconnus par la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies. Si le traitement doit se dérouler dans un centre non reconnu par la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies, le médecin-conseil devra donner son accord préalable.	1.1.2001/ 1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.4.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2008/ 1.8.2008/ 1.1.2012
<i>1.3 Orthopédie, traumatologie</i>			
Traitement des défauts de posture	Oui	Prestation obligatoire seulement pour les traitements de caractère nettement thérapeutique, c.-à-d. si des modifications de structure ou des malformations de la colonne vertébrale décelables à la radiographie sont devenues manifestes. Les mesures prophylactiques qui ont pour but d'empêcher d'imminentes modifications du squelette, telles que la gymnastique spéciale pour fortifier un dos faible, ne sont pas à la charge de l'assurance.	16.1.1969
Traitement de l'arthrose par injection intra- articulaire d'un lubrifiant artificiel	Non		25.3.1971
Traitement de l'arthrose par injection intra- articulaire de téflon ou de silicone en tant que «lubrifiant»	Non		12.5.1977
Traitement de l'arthrose par injection d'une solution mixte contenant de l'huile iodoforme	Non		1.1.1997

²⁴⁸ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Thérapie par ondes de choc extracorporelles (lithotripsie) appliquée à l'appareil locomoteur	Non		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
Grefe ostéochondrale en mosaïque pour couvrir des lésions du tissu osseux ou cartilagineux	Non		1.1.2002
Grefe autologue de chondrocytes	Non		1.1.2002/ 1.1.2004
Viscosupplémentatio n 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 ²⁴⁹ . L'opération doit être exécutée par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens reconnus par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie sont réputés suffisamment qualifiés. Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien non reconnu par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie, le médecin- conseil devra donner son accord préalable.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013
Coussinets en gel dans le cas d'une prothèse totale du genou	Non		1.1.2006

²⁴⁹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Implant de ménisque au collagène	Non		1.8.2008
Ménisectomie au laser	Non		1.1.2006
<i>1.4 Urologie et proctologie</i>			
Uroflowmétrie (mesure du flux urinaire par enregistrement de courbes)	Oui		3.12.1981/ 1.1.2012
Lithotripsie rénale extra corporelle par ondes de choc (ESWL), fragmentation des calculs rénaux	Oui	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 bassinet; b. lithiases calicielles; c. lithiases de l'uretère. Les risques accrus entraînés par la position particulière du patient en cours de narcose exigent une surveillance anesthésique appropriée (formation spéciale des médecins et du personnel paramédical – aides en anesthésiologie – et appareils adéquats de surveillance).	22.8.1985/ 1.8.2006
Traitement chirurgical des troubles de l'érection			
– Prothèses 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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement par micro-ondes transurétrales à haute énergie (HETUMT)	Non		1.1.2004
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
Traitement des troubles vésicaux par injection cystoscopique de toxine botulique de type A dans la paroi vésicale	Oui	Après échec des traitements conservateurs. Pour les indications suivantes: – Incontinence urinaire causée par l'hyperactivité neurogène du détrusor associée à une affection neurologique chez l'adulte. Ne peut être effectué que dans une institution spécialisée en neuro-urologie. – Hyperactivité vésicale idiopathique chez l'adulte. Ne peut être effectué que dans une institution spécialisée en urologie ou en uro-gynécologie.	1.1.2007/ 1.8.2008/ 1.7.2013/ 1.1.2014/ 1.1.2015/ 15.7.2015
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
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
Vaporisation transurétrale photosélective de la prostate par laser (VPP)	Oui	Symptômes du syndrome d'obstruction prostatique.	1.7.2011
2 Médecine interne			
<i>2.1 Médecine interne générale</i>			
Thérapie par injection d'ozone	Non		13.5.1976
Traitement par O ₂ hyperbare	Oui	– lésions actiniques chroniques ou tardives; – ostéomyélite aiguë de la mâchoire; – ostéomyélite chronique; – syndrome du pied diabétique au stade ≥2B selon la classification Wagner-Armstrong; – maladie de la décompression lorsque la notion d'accident n'est pas satisfaite. Traitement à l'étranger lorsqu'il n'est pas possible de garantir que le transport jusqu'au prochain caisson hyperbare à l'intérieur du territoire suisse soit assez rapide et ménage suffisamment le patient. Dans les centres cités dans la «Notice pour services d'urgences» élaborée par le Divers Alert Network (DAN) et la REGA²⁵⁰.	1.4.1994 1.9.1988 1.7.2011 1.1.2006/ 1.7.2011
	Non	– surdité soudaine neurosensorielle idiopathique;	1.1.2016
Cellulothérapie à cellules fraîches	Non		1.1.1976
Sérocyclothérapie	Non		3.12.1981
Traitement de l'adiposité	Oui	– si le poids est supérieur de 20 % ou plus au poids idéal maximal; – si une maladie concomitante peut être avanta- geusement 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 choriogonadotrop hine	Non		7.3.1974
Hémodialyse («rein artificiel»)	Oui		1.9.1967

²⁵⁰ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Hémodialyse à domicile	Oui		27.11.1975
Dialyse péritonéale	Oui		1.9.1967
Nutrition entérale à domicile	Oui	Lorsqu'une nutrition suffisante par voie orale sans utilisation de sonde est impossible.	1.3.1995
Nutrition entérale à domicile sans utilisation de sonde	Oui	Indication posée selon les «directives de la Société suisse de nutrition clinique (SSNC) sur Home care, nutrition artificielle à domicile» ²⁵¹ de janvier 2013	1.7.2002/ 1.7.2012/ 1.7.2013
Nutrition parentérale à domicile	Oui		1.3.1995
Insulinothérapie à l'aide d'une pompe à perfusion continue	Oui	Aux conditions suivantes: – le patient souffre d'un diabète extrêmement labile; – son affection ne peut pas être stabilisée de manière satisfaisante par la méthode des injections multiples; – le traitement au moyen de la pompe est indiqué et les soins sont dispensés par un centre qualifié ou, après consultation du médecin-conseil, par un médecin spécialisé installé en cabinet privé qui a l'expérience nécessaire.	27.8.1987/ 1.1.2000
Perfusion parentérale d'antibiotiques à l'aide d'une pompe à perfusion continue, traitement ambulatoire	Oui		1.1.1997
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

²⁵¹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Greffe de cellules souches hématopoïétiques	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
		Dans les centres reconnus par le groupe «Swiss Blood Stem Cell Transplantation» (SBST).	1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013
		Exécution selon les normes éditées par le Comité «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» et «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)»: «FACT-JACIE International Standards for Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 5 ^e édition, de mars 2012 ²⁵² .	
		Les frais de l'opération du donneur sont également à la charge de l'assureur du receveur, y compris le traitement des complications éventuelles ainsi que les prestations visées à l'art. 14, al. 1 et 2, de la loi du 8 octobre 2004 sur la transplantation ²⁵³ et à l'art. 12 de l'ordonnance du 16 mars 2007 sur la transplantation ²⁵⁴ .	
– autologue	Oui	La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de décès du donneur est exclue.	
	Oui	– lymphomes – leucémie lymphatique aiguë – leucémie myéloïde aiguë – myélome multiple – neuroblastome – médulloblastome – tumeur germinale.	1.1.1997/ 1.1.2013
	Oui	dans le cadre d'études cliniques: – syndrome myéloдисplastique – leucémie myéloïde chronique – sarcome d'Ewing – sarcome des tissus mous – tumeur de Wilms – rhabdomyosarcome.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013 jusqu'au 31.12.2017

²⁵² Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

²⁵³ RS 810.21

²⁵⁴ RS 810.211

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
– allogénique	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/ 1.1.2013 jusqu'au 31.12.2017
	Non	– récurrence d'une leucémie myéloïde aiguë – récurrence d'une leucémie lymphatique aiguë – cancer du sein, – carcinome bronchique à petites cellules – maladies congénitales – cancer de l'ovaire – tumeur solide rare de l'enfant	1.1.1997/ 1.1.2008/ 1.1.2013
	Oui	– leucémie myéloïde aiguë – leucémie lymphatique aiguë – leucémie myéloïde chronique – syndrome myélodysplasique – anémie aplasique – déficit immunitaire et enzymopathie congénitale – thalassémie et anémie drépanocytaire (donneur génotypiquement HLA-identique) – myélome multiple – tumeur du système lymphatique (lymphome de Hodgkin, lymphome non hodgkinien, leucémie lymphatique chronique)	1.1.1997/ 1.1.2013
	Oui	dans le cadre d'études cliniques: – carcinome du rein.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013 jusqu'au 31.12.2017
	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/ 1.1.2013 jusqu'au 31.12.2017
	Non	– tumeurs solides – mélanome	1.1.1997/ 1.1.2008
	Non	– cancer du sein.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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 ²⁵⁵ .	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
	Non	En cas de forte suspicion de: – troubles de l'endormissement et du sommeil, lorsque le diagnostic initial est incertain et seulement lorsque le traitement comportemental ou médicamenteux est sans succès; – troubles persistants du rythme circadien, lorsque le diagnostic est incertain.	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003
	Non	Frères et sœurs de nourrissons décédés du syndrome de mort subite.	1.7.2011
Polygraphie	Oui	Forte suspicion d'un syndrome de l'apnée du sommeil. Exécution uniquement par un médecin spécialisé (pneumologie ou oto-rhino-laryngologie) pouvant justifier d'une formation et d'une expérience pratique en polygraphie respiratoire conformément aux «directives du 6 septembre 2001 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie» ²⁵⁶ ou aux «directives du 26 mars 2015 de la Société suisse d'Oto-rhino- laryngologie et de chirurgie cervico-faciale» ²⁵⁷ .	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/ 15.7.2015

²⁵⁵ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

²⁵⁶ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Dosage de la mélatonine sérique	Non		1.1.1997
Test des latences multiples d'endormissement (Multiple sleep latency test)	Oui	Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux «directives pour la certification de "centres de médecine du sommeil" pour l'exécution d'enregistrements polysomnographiques» de 1999 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie ²⁵⁸ .	1.1.2000
Test de maintien de l'éveil (Maintenance of wakefulness test)	Oui	Indication et exécution par des centres reconnus conformément aux «directives pour la certification de «centres de médecine du sommeil» pour l'exécution d'enregistrements polysomnographiques» de 1999 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie ²⁵⁹ .	1.1.2000
Actigraphie	Oui	Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux «directives pour la certification de "centres de médecine du sommeil" pour l'exécution d'enregistrements polysomnographiques» de 1999 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie ²⁶⁰ .	1.1.2000
Test respiratoire à l'urée (13C) pour mise en évidence d' <i>Helicobacter pylori</i>	Oui		16.9.1998/ 1.1.2001
Immunothérapie par cellules dendritiques pour le traitement du mélanome	Non		1.7.2002
Traitement photodynamique au méthylester de l'acide aminolévulinique	Oui	Kératose actinique, carcinome basocellulaire, maladie de Bowen et carcinome spinocellulaire mince.	1.7.2002
Traitement photodynamique à l'acide 5- aminolévulinique	Oui	Patients présentant une kératose actinique bénigne	1.1.2014

²⁵⁷ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

²⁵⁸ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

²⁵⁹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

²⁶⁰ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

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	Réticulomatosse cutanée (syndrome de Sézary).	1.1.1997
		Maladie du greffon contre l'hôte en cas d'échec de la thérapie conventionnelle (par ex. corticostéroïdes).	1.1.2009/ 1.1.2012
	Non	En cas de transplantation pulmonaire	1.1.2009
<i>2.2 Maladies cardio-vasculaires, médecine intensive</i>			
Insufflation d'oxygène	Non		27.6.1968
Massage séquentiel péristaltique	Oui		27.3.1969/ 1.1.1996
Enregistrement de l'ECG par télémétrie	Oui	Comme indications, entrent avant tout en ligne de compte les troubles du rythme et de la transmission, les troubles de la circulation du sang dans le myocarde (maladies coronariennes). L'appareil peut aussi servir au contrôle de l'efficacité du traitement.	13.5.1976
Système implantable pour l'enregistrement d'un électrocardiogramme sous-cutané	Oui	Selon les «recommandations sur les bonnes pratiques dans le diagnostic et le traitement des arythmies par stimulation cardiaque, défibrillation interne et ablation percutanée par catheter» du groupe de travail «Stimulation cardiaque et électrophysiologie» de la Société suisse de cardiologie du 26 mai 2000 ²⁶¹ .	1.1.2001
Surveillance téléphonique des stimulateurs cardiaques	Non		12.5.1977

²⁶¹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Télémédecine des implants rythmologiques cardiologiques	Oui		1.7.2010 1.7.2012/ 1.1.2015
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		1.1.2000
Thérapie de resynchronisation cardiaque sur la base d'un stimulateur cardiaque à triple chambre, implantation et changement d'agrégat	Oui	En cas d'insuffisance cardiaque chronique sévère réfractaire avec asynchronisme interventriculaire. Aux conditions suivantes: – insuffisance chronique sévère (NYHA III ou IV) avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche ≤ 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		1.1.2003
Implantation de stent coronariens à libération de médicaments	Oui		1.1.2005
Angioplastie coronaire avec cathéter à ballonnet recouvert de Paclitaxel	Oui	Indications: – resténose intrastent – sténose de petites artères coronaires	1.7.2012
Intervention par voie percutanée visant à traiter une grave insuffisance mitrale	Oui	Pour les patients inopérables souffrant d'une grave insuffisance mitrale (mortalité prédite de 10 % à 15 % en l'espace de 12 mois) et dont les valvules cardiaques ont une morphologie permettant cette intervention. Participation au «Swiss Mitra Registry»	1.1.2013

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Implantation trans- cathéter de valve aortique (TAVI)	Oui	En cours d'évaluation En cas de sténose aortique sévère chez les patients inopérables et à haut risque opératoire aux conditions suivantes (cumulatives) 1. Les conditions d'application de la procédure TAVI suivent les directives européennes: «Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012)»²⁶² 2. La procédure TAVI ne peut être pratiquée que dans les institutions pratiquant la chirurgie cardiaque sur place 3. La décision d'admissibilité de tous les patients à la procédure TAVI doit être prise au sein de l'équipe Heart Team, comprenant au moins un cardiologue interventionnel formé pour les interventions TAVI, un cardiologue non interventionnel, un chirurgien cardiaque et un anesthésiste 4. Tous les centres pratiquant la procédure TAVI doivent fournir leurs données au SWISS TAVI Registry	1.7.2013 jusqu'au 30.6.2018
<i>2.3 Neurologie, y compris la thérapie des douleurs et l'anesthésie</i>			
Massages en cas de paralysie consécutive à des affections du système nerveux central	Oui		23.3.1972
Potentiels évoqués visuels dans le cadre d'examen neurologiques spéciaux	Oui		15.11.1979
Electrostimulation de la moelle épinière par implantation d'un système de neuro-stimulation	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

²⁶² Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

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, laceration intradurale du nerf), lorsqu'il existe une indication stricte et qu'un test a été effectué au moyen d'une électrode percutanée. Le remplacement du générateur d'impulsions est une prestation obligatoire. Sévères dystonies et contrôle insuffisant des symptômes par le traitement médicamenteux. Examens et opérations dans des centres spécialisés qui disposent des infrastructures nécessaires (neurochirurgie stéréotaxique, neurologie spécialisée dans les troubles moteurs, neuroradiologie).	1.3.1995/ 1.7.2011
Electroneuro-modulation des nerfs pelviens à l'aide d'un système implanté par laparoscopie (procédure LION: <i>Laparoscopic Implantation of Neuroprothesis</i>)	Non		1.7.2013/ 1.7.2014
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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement par ultrasons focalisés du pallidum, du thalamus et du noyau subthalamique	Oui	En cours d'évaluation. Pour le traitement: – d'un tremblement en cas de 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); – d'un tremblement non parkinsonien (diagnostic établi), progression des symptômes sur un minimum de deux ans, contrôle insuffisant des symptômes par le traitement médicamenteux; – des douleurs neuropathiques graves chroniques, réfractaires au traitement.	15.7.2015 jusqu'au 30.6.2020
Electro-neurostimulation transcutanée (TENS)	Oui	Gestion d'un registre d'évaluation 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: – 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: – douleurs dues à un névrome; par ex. douleurs localisées pouvant être déclenchées par pression dans des membres amputés (moignons); – douleurs pouvant être déclenchées ou renforcées par la stimulation (pression, extension ou stimulation électrique) d'un point névralgique; par ex. douleurs de type sciatique ou syndromes de l'épaule et du bras; – douleurs provoquées par la compression des nerfs; par ex. douleurs irradiantes persistantes après opération d'une hernie discale ou du canal carpien.	23.8.1984
Stimulation nerveuse périphérique du nerf occipital	Oui	En cas de migraine chronique réfractaire à la thérapie au sens des critères diagnostiques de l'International Headache Society (International classification of headache disorders, 2nd edition, Cephalalgia 2004 (suppl 1) IHS ICHD-II code 1.5.1263).	1.7.2014

²⁶³ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement par Baclofène à l'aide d'un doseur implantable de médicament	Oui	En cas de spasticité résistant à la thérapie.	1.1.1996
Traitement intrathécal d'une douleur chronique somatique à l'aide d'un doseur implantable de médicament	Oui		1.1.1991
Potentiels évoqués moteurs dans le cadre d'examen neurologiques spécialisés	Oui	Diagnostic d'une maladie neurologique. L'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	– 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: – commissurotomie – opération sous-apicale multiple (selon Morell-Whisler) – stimulation du nerf vague	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. 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. 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/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.8.2006/ 1.1.2009
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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Dénervation par radiofréquence d'articulation facettiaire	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. – 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. L'opération doit être exécutée par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens reconnus par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie sont réputés suffisamment qualifiés. Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien non reconnu par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie, le médecin-conseil devra donner son accord préalable. Les fournisseurs de prestations livrent à l'Institut	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012 jusqu'au 31.12.2016

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Stabilisation interépineuse et dynamique de la colonne vertébrale (par ex. de type DIAM)	Oui	de recherche évaluative en chirurgie orthopédique de l'Université de Berne les données nécessaires à une évaluation nationale. En cours d'évaluation L'opération doit être exécutée par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens reconnus par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie sont réputés suffisamment qualifiés. Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien non reconnu par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie, le médecin-conseil doit donner son accord préalable. Les fournisseurs de prestations livrent à l'Institut de recherche évaluative en chirurgie orthopédique de l'Université de Berne les données nécessaires à une évaluation nationale.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014 jusqu'au 31.12.2016
Stabilisation intrarachidienne et dynamique de la colonne vertébrale (par ex. de type DIAM)	Oui	En cours d'évaluation L'opération doit être exécutée par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens reconnus par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie sont réputés suffisamment qualifiés. Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien non reconnu par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie, le médecin-conseil devra donner son accord préalable. Les fournisseurs de prestations livrent à l'Institut de recherche évaluative en chirurgie orthopédique de l'Université de Berne les données nécessaires à une évaluation nationale.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012 jusqu'au 31.12.2013
Stabilisation dynamique du rachis lombaire (par ex. de type DYNESYS)	Oui	En cours d'évaluation L'opération doit être exécutée par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens reconnus par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie sont réputés suffisamment qualifiés. Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien non reconnu par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie, le médecin-conseil doit donner son accord préalable. Les fournisseurs de prestations livrent à l'Institut de recherche évaluative en chirurgie orthopédique de l'Université de Berne les données nécessaires à une évaluation nationale.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014 jusqu'au 31.12.2016

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Anesthésie générale pour effectuer une intervention diagnostique ou thérapeutique (intervention dentaire comprise)	Oui	Si l'intervention diagnostique ou thérapeutique doit être effectuée sous anesthésie en raison d'un handicap physique ou mental grave.	1.7.2010
Anesthésie par infiltration, locale et régionale (thérapie neurale locale et segmentaire)	Oui		1.7.2011/ 1.7.2012
<i>2.4 Médecine physique, rhumatologie</i>			
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire d'un lubrifiant artificiel	Non		25.3.1971
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire de téflon ou de silicone en tant que «lubrifiant»	Non		12.5.1977
Synoviorthèse	Oui		12.5.1977
Thérapie par laser froid	Non		1.1.2001
Anesthésie générale pour effectuer une intervention diagnostique ou thérapeutique (intervention dentaire comprise)	Oui	Si l'intervention diagnostique ou thérapeutique doit être effectuée sous anesthésie en raison d'un handicap physique ou mental grave.	1.7.2010
<i>2.5 Oncologie</i>			
Traitement du cancer par pompe à perfusion (chimiothérapie)	Oui		27.8.1987
Traitement par laser pour chirurgie palliative à minima	Oui		1.1.1993

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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	Par grains d'iode 125 ou de palladium 103. En cas de carcinome de la prostate avec risque de récurrence faible ou moyen et – espérance de vie > 5 ans – volume de la prostate < 60 ccm – pas d'obstruction vésicale sévère. Centre qualifié offrant une collaboration interdisciplinaire étroite entre urologues, radio-oncologues et physiciens médicaux.	1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2009/ 1.7.2011

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Test multigénique en cas de cancer du sein (Breast Cancer Assay)	Oui	En cours d'évaluation Indication: cancer du sein, primaire, invasif avec les caractéristiques suivantes: – positif au récepteur d'œstrogènes (ER+); – négatif au récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2); – présentant jusqu'à trois ganglions lymphatiques loco-régionaux atteints; – les résultats conventionnels ne permettent pas de décider clairement d'une chimiothérapie adjuvante. Exigences concernant le test: Effectué par un médecin spécialisé en pathologie avec comme sous-spécialité la pathologie moléculaire. Si le test a lieu dans un laboratoire étranger, celui-ci doit satisfaire à la directive IVDD 98/79/CE ²⁶⁴ ou à la norme ISO 15189 /17025 ²⁶⁵ .	1.1.2011/ 1.1.2015 jusqu'au 31.12.2017
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 permanent ou d'une anomalie physique, et si d'autres méthodes de contraception ne sont pas possibles pour des raisons médicales (au sens large).	11.12.1980

²⁶⁴ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

²⁶⁵ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
– du conjoint	Oui	Lorsqu'une stérilisation remboursable se révèle impossible pour la femme ou lorsqu'elle n'est pas souhaitée par les époux, l'assureur de la femme doit prendre en charge la stérilisation du mari.	1.1.1993
Traitement au laser du cancer du col in situ	Oui		1.1.1993
Ablation non chirurgicale de l'endomètre	Oui	Pour le traitement des ménorragies fonctionnelles résistant à la thérapie chez les femmes avant le ménopause.	1.1.1998
Frottis de Papanicolaou pour la détection précoce des cancers du col de l'utérus (art. 12e, let. b, OPAS)	Oui		1.1.1996/ 1.8.2008
Cytologie en couches minces pour la détection précoce des cancers du col de l'utérus selon les méthodes ThinPrep ou Autocyte Prep/SurePath (art. 12e, let. b, OPAS)	Oui		1.4.2003/ 1.7.2005/ 1.8.2008
Détection du papillomavirus humain (HPV) pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (art. 12e, let. b, OPAS)	Non		1.7.2002/ 1.8.2008/
Interventions mammaires mini-invasives sous guidage radiologique ou échographique	Oui	Selon les déclarations consensuelles de la Société suisse de sénologie (SSS) et du groupe de travail «Bildgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe»; Senologie – Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie 2009; 6: 181–184 ²⁶⁶ .	1.7.2002/ 1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.7.2009
Mise en place d'une bandelette sous-urétrale pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme	Oui	– Selon les recommandations de l'Association pour l'urogynécologie et la pathologie du plancher pelvien (AUG), mise à jour de l'avis d'expert du 27.7.2004 «mise en place de bandelettes pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort féminine» ²⁶⁷ . – L'implant Reemex® n'est pas pris en charge.	1.1.2004/ 1.1.2005

²⁶⁶ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

²⁶⁷ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

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

4 Pédiatrie, psychiatrie de l'enfant

Programmes de traitements ambulatoires et pluridisciplinaires de groupe destinés aux enfants et adolescents souffrant de surpoids ou d'obésité	Oui	1. Indication:	1.1.2008/ 1.7.2009/ 1.1.2014/ 1.7.2014
		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, maladies orthopédiques, stéatohépatite non alcoolique, maladies respiratoires, glomérulopathie, troubles alimentaires faisant l'objet d'un traitement psychiatrique.	
		Définition de l'obésité, du surpoids et des maladies selon les recommandations de la Société suisse de pédiatrie (SSP) publiées dans la revue <i>Pediatrica</i> n° 6/2006 du 19 décembre 2006 ²⁶⁸ et n° 1/2011 du 4 mars 2011 ²⁶⁹ .	
		2. Programmes:	
		programmes en groupes dirigés par un médecin avec approche thérapeutique pluridisciplinaire selon les exigences de l'association suisse Obésité de l'enfant et de l'adolescent publiées dans la revue <i>Pediatrica</i> n° 2/2007 du 13 avril 2007 ²⁷⁰ . Les programmes en groupes dirigés par un médecin qui sont reconnus par la commission formée de représentants de la SSP et de l'association suisse Obésité de l'enfant et de l'adolescent, sont réputés satisfaire à ces conditions. Si la thérapie s'inscrit dans un programme qui n'est pas reconnu par cette commission, le médecin-conseil doit donner son accord préalable.	
		3. Une rémunération forfaitaire doit être convenue.	

²⁶⁸ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

²⁶⁹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

²⁷⁰ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
	Non	Programme allégé pour les enfants de 4 à 8 ans.	1.1.2014
Thérapie individuelle Oui multiprofessionnelle structurée ambulatoire pour les enfants et adolescents en surpoids ou atteints d'obésité, en 4 étapes		1. Indication: a. en cas d'obésité (IMC > 97^e centile); b. en cas de surpoids (IMC entre le 90^e et le 97^e centile) et présence d'au moins une des maladies ci-après si le surpoids en aggrave le pronostic ou si elles sont dues à la surcharge pondérale: hypertension, diabète sucré de type 2, troubles de la tolérance glucidique, troubles endocriniens, syndrome des ovaires polykystiques, maladies orthopédiques, stéatohépatite non alcoolique, maladies respiratoires, glomérulopathie troubles alimentaires faisant l'objet d'un traitement psychiatrique. Définition de l'obésité, du surpoids et des maladies selon les recommandations de la Société suisse de pédiatrie (SSP) publiées dans la revue <i>Pediatrica</i> n° 6/2006 du 19 décembre 2006 et n° 1/2011 du 4 mars 2011. 2. Thérapie: a. étape 1: suivi multidisciplinaire par un médecin pendant 6 mois avec maximum 6 séances de consultation diététique et 2 séances de physiothérapie diagnostique, b. étapes 2 et 3: programmes multidisciplinaires dirigés par un médecin si l'étape 1 dure plus de 6 mois ou en présence d'une comorbidité importante, c. étape 4: suivi thérapeutique par un médecin. 3. Programmes pour les étapes 2 et 3: programmes en groupes dirigés par un médecin avec approche thérapeutique pluridisciplinaire selon les exigences de l'association suisse Obésité de l'enfant et de l'adolescent publiées dans la revue <i>Pediatrica</i> n° 2/2007 du 13 avril 2007²⁷¹. Les programmes en groupes dirigés par un médecin qui sont reconnus par la commission formée de représentants de la SSP et de l'association suisse Obésité de l'enfant et de l'adolescent sont réputés satisfaire à ces conditions. Si la thérapie s'inscrit dans un programme qui n'est pas reconnu par cette commission, le médecin-conseil doit donner	1.1.2014

²⁷¹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		son accord préalable.	
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
5 Dermatologie			
Traitement des affections cutanées par la lumière noire (PUVA-thérapie)	Oui		15.11.1979
Photothérapie sélective par ultraviolets	Oui	Sous la responsabilité et le contrôle d'un médecin.	11.12.1980
Embolisation des hémangiomes du visage (radiologie interventionnelle)	Oui	Ne doit pas être facturée plus cher que le traitement chirurgical (excision).	27.8.1987
Stimulation des cellules par des ondes acoustiques pulsées (PACE) pour le traitement des problèmes de cicatrisation de la peau aigus ou chroniques	Non		1.7.2009
Traitement au laser de:			
– nævus télangiectasique	Oui		1.1.1993

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
– condylome acuminé	Oui		1.1.1993
– cicatrices d'acné	Non		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		1.7.2002
Matrice biologique extracellulaire d'origine animale à structure tridimensionnelle	Oui	Pour le traitement des plaies chroniques. Pose de l'indication et sélection de la méthode ou du produit selon la directive «Richtlinien zum Einsatz von azellulären biologisch aktiven Materialien bei schwer heilenden Wunden» du 1 ^{er} juillet 2011, émise par la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies ²⁷² . Dans des centres reconnus par la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies. Si le traitement doit se dérouler dans un centre non reconnu par la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies, le médecin-conseil devra donner son accord préalable.	1.7.2011
Traitement de plaie par asticots	Oui	Pour le traitement de plaies chroniques.	1.7.2011
Traitement de la lipoatrophie du visage par matériel de comblement	Oui	En cas de lipoatrophie faciale découlant d'un traitement médicamenteux ou d'une maladie. Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	1.7.2013
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

²⁷² Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement au laser de:			
– rétinopathie diabétique	Oui		1.1.1993
– lésions rétinien- nelles (y compris ischémie rétinienne)	Oui		1.1.1993
– capsulotomie	Oui		1.1.1993
– trabéculotomie	Oui		1.1.1993
Correction de l'anisométrie par chirurgie réfractive	Oui	Prestation obligatoire seulement s'il existe une anisométrie supérieure à 3 dioptries non corrigeable par des lunettes et une intolérance durable aux lentilles de contact; pour la correction d'un œil pour obtenir des valeurs corrigées par des lunettes. Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	1.1.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2005
Correction réfractive par implantation de lentille intraoculaire	Oui	Prestation obligatoire seulement en cas d'anisométrie supérieure à 10 dioptries associée à une kératotomie. Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	1.1.2000/ 1.1.2005
Greffe de membrane amniotique pour recouvrir des lésions cornéennes	Oui		1.1.2001
Thérapie photodynamique de la dégénérescence maculaire par perfusion de Vertéporfine	Oui	Dégénérescence maculaire exsudative liée à l'âge, sous sa forme prédominante classique.	1.1.2006
	Oui	En cas de néovascularisation provoquée par une myopie pathologique.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2012
	Non	Autres formes de la dégénérescence maculaire liée à l'âge.	1.1.2008
Dilatation par ballon- net 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 corres- pondante.	1.1.2006/ 1.1.2008

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Ophtalmoscopie 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 Examen dans le centre où doit être effectués l'intervention et le traitement.	1.1.2004/ 1.8.2008
Traitement de la cornée par UV crosslinking en cas de kératocône	Non		1.8.2008
Traitement du kératocône au moyen d'anneaux intra-cornéens	Oui	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. Exécution dans les centres/cliniques A, B et C (selon la liste des centres de formation continue de la FMH dans l'ophtalmologie).	1.8.2007
Mesure de l'osmolarité du liquide lacrymal	Non		1.1.2010
7 Oto-rhino-laryngologie			
Traitement des troubles du langage	Oui	Pratiqué par le médecin lui-même ou sous sa direction et sa surveillance directes (voir aussi les art. 10 et 11 OPAS).	23.3.1972
Aérosols soniques	Oui		7.3.1974
Traitement par oreille électronique selon la méthode Tomatis (audio-psycho-phonologie)	Non		18.1.1979
Prothèse vocale	Oui	Implantation pendant ou après une laryngectomie totale. Le remplacement d'une prothèse vocale implantée est une prestation obligatoire.	1.3.1995
Traitement au laser de:			
– papillomatose des voies respiratoires	Oui		1.1.1993
– résection de la langue	Oui		1.1.1993

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Implant cochléaire pour le traitement d'une surdité bilatérale sans utilisation possible des restes d'audition	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. Pour les enfants atteints de surdité périlinguale ou postlinguale et pour les adultes atteints de surdité tardive. Dans les centres suivants: hôpital cantonal universitaire de Genève, hôpitaux universitaires de Bâle, de Berne et de Zurich, hôpital cantonal de Lucerne. L'entraînement auditif dispensé dans le centre fait partie intégrante de la thérapie à prendre en charge.	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004
Implantation d'implants auditifs à conduction osseuse ou de leurs composantes (systèmes transcutanés et percutanés)	Oui	Indications: – 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/ 1.1.2015
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 audiolinguistiques, 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

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

8 Psychiatrie

Traitement de substitution en cas de dépendance aux opiacés	Oui	1. Respect des dispositions, directives et recommandations suivantes: a. concernant le traitement avec prescription de méthadone, de buprénorphine et de morphine-retard: «Dépendance aux opioïdes: traitements basés sur la substitution – Recommandations de l’Office fédéral de la santé publique (OFSP), de la Société Suisse de Médecine de l’Addiction (SSAM) et de l’Association des médecins cantonaux de Suisse (AMCS)» de juillet 2013²⁷³; b. concernant le traitement avec prescription d’héroïne: les dispositions de l’ordonnance du 25 mai 2011 relative à l’addiction aux stupéfiants (RS 812.121.6) et les directives et recommandations du manuel de l’OFSP «Traitement avec prescription d’héroïne; directives, recommandations, informations» de septembre 2000²⁷⁴. 2. La substance ou la préparation utilisée doivent figurer sur la liste des médicaments avec tarif (LMT) ou sur la liste des spécialités (LS) dans le groupe thérapeutique (IT) approuvé par Swissmedic. 3. Le traitement de substitution comprend les prestations suivantes: a. prestations médicales: – examen d’entrée, y compris anamnèse de la dépendance, examen psychique et somatique avec une attention particulière aux troubles liés à la dépendance et ayant causé la dépendance; – demandes d’informations supplémentaires (famille, partenaire, services de traitement précédents); – établissement du diagnostic et de l’indication; – établissement d’un plan thérapeutique; – procédure de demande d’autorisation et établissement de rapports à l’intention de l’assureur-maladie; – mise en œuvre et exécution du	1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.7.2012 1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.1.2014
--	------------	--	---

²⁷³ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

274 Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir 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.	
		b. prestations du pharmacien: - 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.	
		4. La prestation doit être fournie par l'institution compétente selon le ch. 1.	
		5. Des rémunérations forfaitaires peuvent être convenues pour le traitement de substitution.	
Traitement de la toxicomanie			25.3.1971
– ambulatoire	Oui	Réduction des prestations possible en cas de faute grave de l'assuré.	
– hospitalier	Oui		
Sevrage des opiacés ultra-court (SOUC) sous anesthésie générale	Non		1.1.1998
Musicothérapie	Non		11.12.1980
9	Radiologie		
<i>9.1</i>	<i>Radiodiagnostic</i>		
Tomographie axiale computerisée (CT-scan)	Oui	Pas d'examen de routine (screening).	15.11.1979

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Ostéodensitométrie			
– par absorptiométrie double énergie à rayons X (DEXA)	Oui	– Ostéoporose cliniquement manifeste et après une fracture provoquée par un traumatisme minime – Corticothérapie de longue durée ou hypogonadisme – Maladies du système digestif avec syndrome de malabsorption (en particulier la maladie de Crohn, la rectocolite hémorragique, la maladie cœliaque) – Hyperparathyroïdie primaire (lorsque l'indication chirurgicale n'est pas nette) – Ostéogenèse imparfaite – VIH. Les coûts engendrés par la DEXA ne sont pris en charge que pour l'application de cette mesure à une seule région du corps. Des examens ultérieurs par la DEXA sont uniquement pris en charge en cas de traitement médicamenteux de l'ostéoporose et au maximum tous les deux ans.	1.3.1995/ 1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.7.2012 1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.1.2015
– par scanner total du corps	Non		1.3.1995
Ostéodensitométrie par CT périphérique quantitative (pQCT)	Non		1.1.2003/ 1.1.2006
Echographie osseuse	Non		1.1.2003
Méthodes analytiques applicables au tissu osseux:			
– marqueurs de la résorption osseuse	Non	Pour la détection précoce du risque de fractures liés à l'ostéoporose	1.1.2003/ 1.8.2006
– marqueurs de la formation osseuse	Non	Pour la détection précoce du risque de fractures liés à l'ostéoporose	1.1.2003/ 1.8.2006
Mammographie	Oui	Pour le diagnostic en cas de forte suspicion clinique de pathologie mammaire.	1.1.2008
<i>9.2 Autres procédés d'imagerie</i>			
Résonance magnétique nucléaire (IRM)	Oui		1.1.1999

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Tomographie par émission de positrons (TEP, TEP/TC)	Oui	Dans des centres qui satisfont aux directives administratives du 20 juin 2008 de la Société suisse de médecine nucléaire (SSMN)²⁷⁵. a) Au moyen de F-2-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), seulement pour les indications suivantes: 1. en cardiologie: – comme mesure préopératoire avant une transplantation cardiaque, 2. en oncologie: – selon les directives cliniques du 28 avril 2011 de la SSMN²⁷⁶, chapitre 1.0, pour TEP au FDG, 3. en neurologie: – comme mesure préopératoire en cas d'épilepsie focale résistante à la thérapie, – pour diagnostic de démence: comme examen complémentaire dans des cas peu clairs, après examen préalable par des spécialistes en gériatrie, psychiatrie ou neurologie; jusqu'à l'âge de 80 ans, avec un test de Folstein (Mini-Mental-Status-Test, MMST) d'au moins 10 points et une démence durant depuis 5 ans au maximum; pas d'examen préalable par TEP ou TEMP. 4. En cours d'évaluation - Pour la question «effet de masse», selon les directives cliniques du 28 avril 2011 de la SSMN, chapitre 2.0, pour TEP au FDG. b) Au moyen de N-13 Ammoniaque, seulement pour l'indication suivante: Pour examiner la perfusion du myocarde (au repos et à l'effort) en vue d'évaluer l'ischémie du myocarde. c) Au moyen de rubidium 82, seulement pour l'indication suivante: Pour examiner la perfusion du myocarde (au repos et à l'effort) en vue d'évaluer l'ischémie du myocarde. d) Au moyen de 18F-Fluorocholine, En cours d'évaluation pour les indications suivantes: Pour examen d'une récurrence biochimique démontrée (élévation du PSA) d'un carcinome prostatique.	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2016 1.7.2014 jusqu'au 31.12.2017 1.7.2013 1.7.2013 1.7.2014 jusqu'au 31.12.2017

²⁷⁵ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

²⁷⁶ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.bag.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		e) Au moyen de 18F Ethyl-Thyrosine (FET) Pour les indications suivantes: A des fins d'évaluation dans le cas des tumeurs cérébrales et de réévaluation dans le cas des tumeurs cérébrales malignes	1.1.2016
	Non	a) Au moyen de 18F-Fluoride b) Au moyen de 18F-Florbetapir c) Avec d'autres isotopes que F-2-Fluoro- Deoxy-Glucose (FDG), 18F-Fluorocholine, N-13 Ammoniaque, rubidium 82 ou 18F- Ethyl-Thyrosine (FET)	1.1.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.1.2011/ 1.1.2016
Magnétoencéphalo- graphie	Non		1.7.2002
Elastographie impulsionnelle du foie	Oui	Pour le diagnostic et le suivi en cas de fibrose ou de cirrhose hépatique (par ex. par hépatite virale, prise régulière de toxines hépatiques).	1.1.2012
<i>9.3 Radiologie interventionnelle et radiothérapie</i>			
Irradiation thérapeutique par faisceau de pions	Non		1.1.1993
Irradiation thérapeutique par faisceau de protons	Oui	Exécution à l'Institut Paul Scherrer, à Villigen. a) Mélanomes intraoculaires. b) 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. Pour les indications suivantes: – 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 Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	28.8.1986/ 1.1.1993 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
	Non	– Radiothérapie postopératoire du cancer du sein – Toutes les autres indications	1.7.2012/ 15.7.2015
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
	Oui	En cas de troubles fonctionnels, notamment: syndrome douloureux (p. ex., névralgie du trijumeau, algie vasculaire de la face), troubles moteurs (p. ex., tremblement essentiel, maladie de Parkinson), épilepsie (p. ex., épilepsie temporale, hamartome associé à une épilepsie, épilepsie extra-temporale)	1.1.1996/ 1.7.2012
Radiochirurgie par LINAC	Oui	– 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	– métastases cérébrales d'un volume maximum de 25 cm³ ou d'un diamètre ne dépassant pas 3,5 cm, s'il y a au maximum 3 métastases et que la maladie primaire est bien contrôlée (pas de métastases systémiques démontrables), en cas de douleurs résistant à toute autre thérapie; – tumeurs malignes primaires d'un volume de maximum de 25 cm³ ou ne dépassant pas un diamètre de 3,5 cm, lorsque la localisation de la tumeur ne permet pas de l'opérer.	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.4.2003/ 1.7.2011
Implantation de marqueurs en or	Oui	Pour le traitement de la prostate par marquage	1.8.2008

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Injection d'hydrogel à base de polyéthylène glycol	Non	Comme dispositif d'éloignement entre la prostate et le rectum en cas de radiothérapie de la prostate	1.7.2012/ 1.7.2014
Radiothérapie interstitielle sélective (SIRT) recourant à des microsphères en résine chargées en yttrium 90	Oui	En cas de tumeurs hépatiques inopérables et résistantes à la chimiothérapie pour lesquelles une ablation locale n'est pas possible ou est restée sans effet. Réalisation dans un centre hépato-biliaire interdisciplinaire comprenant un service de consultation ad hoc (chirurgie hépato-biliaire spécialisée, radiologie interventionnelle, médecine nucléaire et oncologie médicale).	1.7.2010
Embolisation de fibrome de l'utérus	Oui	Par des spécialistes en radiologie attestant d'une expérience de la technique des radiologies interventionnelles. Installation angiographique moderne.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2010/ 1.1.2011/ 1.1.2013
Discectomie percutanée par fluoroscopie et contrôle CT	Non		1.1.2014
Implantation transpérinéale d'un ballon biodégradable	Non	Dispositif d'écartement entre la prostate et le rectum en cas d'irradiation percutanée de la prostate.	1.1.2015
10 Médecine complémentaire			
Acupuncture	Oui	Pratiquée par des médecins titulaires d'une attestation de formation complémentaire en acupuncture délivrée conformément au programme de formation complémentaire du 1 ^{er} janvier 1999 «Acupuncture et médecine traditionnelle chinoise (ASA)», révisé le 24 février 2005. ²⁷⁷	1.7.1999/ 1.1.2012
Médecine anthroposophique	Oui	En cours d'évaluation Pratiquée par des médecins titulaires d'une attestation de formation complémentaire en médecine anthroposophique délivrée conformément au programme de formation complémentaire du 1 ^{er} janvier 1999 «Praticien(ne) pour une médecine élargie par l'anthroposophie (ASMOA)», révisé le 28 septembre 2006. ²⁷⁸	1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012 jusqu'au 31.12.2017

²⁷⁷ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

²⁷⁸ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Pharmacothérapie de la médecine traditionnelle chinoise	Oui	En cours d'évaluation Pratiquée par des médecins titulaires d'une attestation de formation complémentaire en pharmacothérapie de la MTC délivrée conformément au programme de formation complémentaire du 1 ^{er} janvier 1999 «Acupuncture et médecine traditionnelle chinoise (ASA)», révisé le 24 février 2005.	1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012 31.12.2017
Homéopathie uniciste (classique)	Oui	En cours d'évaluation Pratiquée par des médecins titulaires d'une attestation de formation complémentaire en homéopathie délivrée conformément au programme de formation complémentaire du 1 ^{er} janvier 1999 «Homéopathie (SSMH)», révisé le 14 septembre 2008 ²⁷⁹ .	1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012 31.12.2017
Phytothérapie	Oui	En cours d'évaluation Pratiquée par des médecins titulaires d'une attestation de formation complémentaire en phytothérapie délivrée conformément au programme de formation complémentaire du 1 ^{er} juillet 2011. ²⁸⁰	1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.1999/ 1.1.2012 31.12.2017
Thérapie neurale selon Huneke	Non		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.1999/ 1.1.2012/ 1.7.2012
11 Réadaptation			
Réadaptation hospitalière	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	1.1.2003

²⁷⁹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

²⁸⁰ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Réadaptation des patients souffrant de maladies cardio-vasculaires ou de diabète		Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. La réadaptation en cas de diagnostic principal d'une maladie artérielle périphérique (MAP) et de diabète a lieu ambulatoirement. La rééducation cardio-vasculaire peut faire l'objet d'un traitement ambulatoire ou hospitalier. En faveur d'un traitement hospitalier: – un risque cardiaque élevé – une insuffisance myocardique – une comorbidité (diabète sucré, COPD, etc.). La durée du traitement ambulatoire est de deux à six mois selon l'intensité du traitement requis. 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. 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: Réadaptation cardiaque: profil indiqué par le Groupe de travail pour la réhabilitation cardiaque de la Société suisse de cardiologie (GSRC, pour des cliniques de réhabilitation /institutions reconnues officiellement par le GSRC) le 15 mars 2011²⁸¹. Réadaptation en cas de MAP: profil indiqué par la Société suisse d'angiologie le 5 mars 2009²⁸². Réadaptation en cas de diabète: profil indiqué par la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie le 17 novembre 2010²⁸³. Indications: – 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	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2010/ 1.7.2011 1.1.2013
	Oui		

²⁸¹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

²⁸² Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

²⁸³ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		– Patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique et présentant de multiples facteurs de risque réfractaires à la thérapie mais ayant une bonne espérance de vie – Patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique et d'une mauvaise fonction ventriculaire – Patients souffrant d'un diabète sucré type II (limitation: au maximum une fois en trois ans).	
	Oui	– Patients souffrant d'une maladie artérielle périphérique (MAP) à partir du stade IIa selon Fontaine	1.7.2009/ 1.1.2013
	Non	– Patients souffrant d'une maladie artérielle périphérique (MAP) au stade I selon Fontaine.	1.7.2013
Réadaptation pulmonaire	Oui	Programmes pour patients souffrant de maladies pulmonaires chroniques graves. La thérapie peut être pratiquée en ambulatoire ou dans une institution dirigée par un médecin. Le déroulement du programme, le personnel et l'infrastructure doivent correspondre aux indications formulées en 2003 par la Commission de réadaptation pulmonaire de la Société suisse de pneumologie²⁸⁴. Le directeur du programme doit être reconnu par la société suisse de pneumologie, la Commission de réadaptation pulmonaire et de formation des patients Prise en charge une fois par an au maximum. Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	1.1.2005

²⁸⁴ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Bases légales et d'exécution > Droit applicable > Documents de référence relatifs à l'OPAS et ses annexes.

Annexe ²⁸⁵
(art. 20a)

Liste des moyens et appareils (LiMA)

²⁸⁵ Non publiée au RO (RO **2009** 2821 6083, **2010** 2755 5837, **2011** 2669 6487, **2012** 3553 6587, **2013** 5329, **2014** 1251 4393, **2015** 2197 5125). La liste peut être consultée sur le site de l'OFSP à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Tarifs et prix > Liste de moyens et appareils.

Annexe 3²⁸⁶
(art. 28)

Liste des analyses

²⁸⁶ Non publiée au RO (RO **2009** 1669 3173 6083, **2010** 2755 5837, **2011** 2669 6487, **2012** 3553 4347 6587, **2013** 5329, **2014** 1251 3487 4393, **2015** 2197 5125). La liste peut être consultée sur le site de l'OFSP à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Liste des analyses.

*Annexe 4*²⁸⁷
(art. 29)

Liste des médicaments avec tarif

²⁸⁷ Non publiée au RO (RO **2005** 2875). L'annexe et ses mod. peuvent être consultées sur le site de l'OFSP à l'adresse internet suivante: www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Tarifs et prix.

