

**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 20 avril 2004)

Le Département fédéral de l'intérieur,

vu les art. 33, 38, al. 2, 44, al. 1, let. a, 54, al. 2 à 4, 59a, 62, 65, al. 3, 71, al. 4, 75 et 77, al. 4, 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. 1

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 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 18 sept. 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2436).

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).

Section 2 Psychothérapie pratiquée par un médecin

Art. 2 Principe

¹ L'assurance prend en charge la psychothérapie effectuée par un médecin selon des méthodes qui sont appliquées avec succès dans les institutions psychiatriques reconnues.

² La psychothérapie pratiquée en vue de la découverte ou de la réalisation de soi-même, de la maturation de la personnalité ou dans tout autre but que le traitement d'une maladie n'est pas prise en charge.

Art. 3 Conditions

¹ Sous réserve d'exceptions dûment motivées, est pris en charge le traitement équivalant à:

- a. deux séances d'une heure par semaine pendant les trois premières années;
- b. une séance d'une heure par semaine pendant les trois années suivantes;
- c. une séance d'une heure toutes les deux semaines par la suite.

² Pour que, après un traitement équivalant à 60 séances d'une heure dans une période de deux ans, 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.

³ Le médecin-conseil propose à l'assureur si la psychothérapie peut être continuée aux frais de l'assurance et dans quelle mesure. Lorsque le traitement est poursuivi, le médecin traitant doit adresser au médecin-conseil, au moins une fois par an, un rapport relatif à la poursuite et à l'indication de la thérapie.

⁴ Les rapports adressés au médecin-conseil, en application des al. 2 et 3, ne contiennent que les indications nécessaires à établir si le traitement continuera à être pris en charge par l'assureur.

Section 3 Prestations prescrites par les chiropraticiens

Art. 4

L'assurance prend en charge les analyses, les médicaments, les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques et les examens par imagerie, prescrits par les chiropraticiens, qui suivent:⁵

⁵ 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).

- a.⁶ analyses:
en application de l'art. 62, al. 1, let. b, OAMal, les analyses sont désignées séparément dans la liste des analyses;
- b. médicaments:
les spécialités pharmaceutiques des groupes thérapeutiques 01.01 Analgetica et 07.10. Arthrites et affections rhumatismales de la liste des spécialités, pour autant que l'office suisse de contrôle compétent ait spécifié comme mode de vente pour ces spécialités la vente en pharmacie sans ordonnance médicale (C) ou la vente en pharmacie et droguerie (D);
- c. moyens et appareils:
 - 1. les produits du groupe 05.12.01. Minerve cervicale de la liste des moyens et appareils,
 - 2. les produits du groupe 34. Matériel de pansements de la liste des moyens et appareils lorsqu'ils sont utilisés pour la colonne vertébrale.
- d.⁷ examens par imagerie:
 - 1. radiographie du squelette,
 - 2. scanner (CT) du squelette,
 - 3. résonance magnétique nucléaire (IRM) du squelette axial,
 - 4. scintigraphie du squelette.

Section 4⁸ Prestations fournies par les pharmaciens

Art. 4a

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

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

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

⁶ 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).

⁷ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 10 juillet 2000 (RO 2000 2546). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2002 (RO 2002 4253).

⁸ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO 2000 3088).

Chapitre 2 Prestations fournies sur prescription ou mandat médical

Section 1 Physiothérapie

Art. 5

¹ Les prestations suivantes des physiothérapeutes, au sens des art. 46 et 47 OAMal, sont prises en charge lorsqu'elles sont fournies sur prescription médicale:

- a. rayons ultraviolets;
- b. rayons colorés et infrarouges;
- c. air chaud;
- d. ondes courtes;
- e. radar (micro-ondes);
- f. diathermie (ondes longues);
- g. aérosols;
- h. massages manuels et kinésithérapie:
 1. massage musculaire, local ou général, massage du tissu conjonctif et réflexogène,
 2. gymnastique médicale (mobilisation articulaire, kinésithérapie passive, mécanothérapie, gymnastique respiratoire y compris l'emploi d'appareils servant à combattre l'insuffisance respiratoire, gymnastique en piscine),
 3. gymnastique d'après Bobath ou Kabath,
 4. gymnastique de groupe,
 5. extension vertébrale,
 6. drainage lymphatique, en vue du traitement des œdèmes lymphatiques, pratiqué par un physiothérapeute formé spécialement dans cette thérapie,
 7. hippothérapie-K, en vue du traitement de la sclérose en plaques, pratiquée par un physiothérapeute formé spécialement dans cette thérapie;
- i. ultrasons;
- k. électrothérapie:
 1. galvanisation (locale et générale), iontophorèse,
 2. faradisation (courants exponentiels, courant basse et moyenne fréquence);
- l. hydrothérapie:
 1. enveloppements et compresses,
 2. application de fango, de boue et de paraffine,
 3. douches médicales,
 4. bains médicaux,
 5. bains électriques,

6. massage au jet (hydromassage),
7. massage sous l'eau,
8. bains hyperthermiques.

² L'assurance prend en charge, par prescription médicale, au plus les coûts de neuf séances dans une période de trois mois depuis la prescription.⁹

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.¹⁰

Section 2 Ergothérapie

Art. 6

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

- a. elles procurent à l'assuré, en cas d'affections somatiques, grâce à une amélioration des fonctions corporelles, l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, ou
- b.¹¹ 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 dans une période de trois mois depuis la prescription.¹²

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.¹³

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

¹⁰ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2002 (RO 2002 4253).

¹¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996 (RO 1997 564).

¹² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2002 (RO 2002 4253).

¹³ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2002 (RO 2002 4253).

Section 3

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

Art. 7 Définition des soins

¹ L'assurance prend en charge les examens, les traitements et les soins (prestations) effectués selon l'évaluation des soins requis (art. 7, al. 2, et art. 8a) sur prescription médicale ou sur mandat médical par des:¹⁴

- 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-maladie¹⁵, LAMal).

² Les prestations au sens du al. 1 sont:

- a. des instructions et des conseils:
 1. évaluation des besoins du patient et de son entourage et mise en place des interventions nécessaires en collaboration avec le médecin et le patient,
 2. conseils au patient ainsi que, le cas échéant, aux intervenants non professionnels pour les soins, en particulier pour l'administration des médicaments ou l'emploi d'appareils médicaux; contrôles nécessaires;
- b. des examens et des soins:
 1. contrôle des signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, respiration, poids),
 2. test simple du glucose dans le sang ou l'urine,
 3. prélèvement pour examen de laboratoire,
 4. mesures thérapeutiques pour la respiration (telles que l'administration d'oxygène, les inhalations, les exercices respiratoires simples, l'aspiration),
 5. pose de sondes et de cathéters, ainsi que les soins qui y sont liés,
 6. soins en cas d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale,
 7. administration de médicaments, en particulier par injection ou perfusion,
 8. administration entérale ou parentérale de solutions nutritives,
 9. surveillance de perfusions, de transfusions ou d'appareils servant au contrôle et au maintien des fonctions vitales ou au traitement médical,
 10. rinçage, nettoyage et pansement de plaies (y compris les escarres et les ulcères) et de cavités du corps (y compris les soins pour trachéo-stomisés et stomisés), soins pédicures pour les diabétiques,

¹⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2039).

¹⁵ RS 832.10

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;

c. des 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. soins de base des maladies psychiatriques et psycho-gériatriques.

³ Les frais généraux d'infrastructure et d'exploitation des fournisseurs de prestations ne sont pas pris en compte dans le coût des prestations.¹⁶

Art. 8¹⁷ Prescription ou mandat médical et évaluation des soins requis

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

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

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

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

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

⁶ La durée de la prescription ou du mandat médical est limitée. Elle ne peut dépasser:

- a. trois mois lorsque le patient est atteint d'une maladie aiguë;
- b. six mois, lorsque le patient est atteint d'une maladie de longue durée.

^{6bis} L'attestation médicale qui justifie l'allocation pour impotence grave ou moyenne versée par l'assurance-vieillesse et survivants, par l'assurance-invalidité ou par l'assurance-accidents vaut comme prescription ou mandat médical de durée illimitée en ce qui concerne les prestations de soins nécessitées par l'impotence. Lorsque l'allo-

¹⁶ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 1997 (RO 1997 2039). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 18 déc. 1997 (RO 1998 150).

¹⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2039).

cation 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.¹⁸

⁷ La prescription ou le mandat médical peuvent être renouvelés.

Art. 8a¹⁹ Procédure de contrôle et de conciliation

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

² A défaut de convention tarifaire (art. 47 LAMal²⁰) le gouvernement cantonal fixe, après avoir entendu les parties, en plus du tarif, la procédure de contrôle et de conciliation prévue à l'al. 1.

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

Art. 9 Facturation

¹ Les prestations peuvent être facturées notamment sur la base d'un tarif au temps consacré ou d'un forfait (art. 43 LAMal²¹).

² Les divers types de tarifs peuvent être combinés.

³ Les partenaires tarifaires conviennent ou l'autorité compétente fixe pour les prestations effectuées par les infirmiers ou par les organisations d'aide et de soins à domicile des tarifs échelonnés selon la nature et la difficulté des prestations.²²

⁴ Les partenaires tarifaires conviennent ou l'autorité compétente fixe pour les prestations effectuées dans les établissements médico-sociaux des tarifs échelonnés selon le niveau des soins requis. Au minimum quatre niveaux doivent être prévus.²³

¹⁸ 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).

¹⁹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2039).

²⁰ RS 832.10

²¹ RS 832.10

²² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2039).

²³ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2039).

Art. 9a²⁴ Transparence des coûts et limites tarifaires

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

- a. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. c, dans des situations simples et stables: 30 à 45 francs;
- b. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. c, dans des situations complexes et instables, ainsi que pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. b: 45 à 65 francs;
- c. pour les prestations définies à l'art. 7, al. 2, let. a: 50 à 70 francs.

² Tant que les fournisseurs de prestations définis à l'art. 7, al. 1, let. c, ne disposent pas d'une comptabilité analytique uniforme (art. 49, al. 6 et 50 LAMal²⁵), les tarifs-cadre par jour suivants ne peuvent être dépassés:

- a. pour le premier niveau de soins requis: 10 à 20 francs;
- b. pour le deuxième niveau de soins requis: 15 à 40 francs;
- c. pour le troisième niveau de soins requis: 30 à 60 francs;
- d. pour le quatrième niveau de soins requis: 40 à 70 francs.

³ L'art. 44 LAMal est applicable.

Section 3a²⁶ Conseils nutritionnels**Art. 9b²⁷**

¹ Les diététiciens, au sens des art. 46 et 50a OAMal, prodiguent, sur prescription ou sur mandat médical, des conseils diététiques aux assurés qui souffrent des maladies suivantes:²⁸

- a.²⁹ troubles du métabolisme;
- b. obésité (body mass index de plus de 30) et affections qui découlent de la surcharge pondérale ou qui y sont associées;
- c. maladies cardio-vasculaires;
- d. maladies du système digestif;

²⁴ 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).

²⁵ RS 832.10

²⁶ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 1997 (RO 1997 564).

²⁷ Anciennement art. 9a.

²⁸ 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).

²⁹ 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).

- e. maladies des reins;
- f. états de malnutrition ou de dénutrition;
- g. allergies alimentaires ou réactions allergiques dues à l'alimentation.

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

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

Section 3b³⁰ Conseils aux diabétiques

Art. 9c

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

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

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

³ L'assurance prend en charge par prescription médicale au plus les coûts de dix séances de conseils. Pour que, après dix séances, celle-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.³¹

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.

³⁰ 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).

³¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2002 (RO 2002 4253).

Section 4 Logopédie-orthophonie

Art. 10 Principe

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

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

Art. 11 Conditions

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

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

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.³²

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. 12

L'assurance prend en charge, en plus des mesures diagnostiques et thérapeutiques, les mesures médicales de prévention suivantes (art. 26 LAMal³³):

³² Nouvelle teneur de la phrase selon le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996 (RO 1997 564).
³³ RS 832.10

Mesure	Conditions
a. ³⁴ 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
b. screening de: phénylcétonurie, galactosémie, déficit en biotinidase, syndrome adrénogénital, hypothyroïdie	pour les nouveau-nés
c. ³⁵ 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
d. test VIH	pour les nourrissons de mères séropositives et pour les personnes exposées à un danger de contamination, suivi d'un entretien de conseils qui doit être consigné
e. colonoscopie	en cas de cancer du côlon familial (au moins trois parents du premier degré atteints ou un avant l'âge de 30 ans)
f. ³⁶ vaccination et rappels contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite; vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole	pour les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de seize ans et pour les adultes non immunisés selon le «Plan de vaccination de routine» (état août 2001) établi par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Commission suisse pour les vaccinations
g. ³⁷ rappel dT	pour les personnes de plus de seize ans, selon le «Plan de vaccination de routine» (état août 2001) établi par l'OFSP et la Commission suisse pour les vaccinations

³⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996 (RO **1997** 564).

³⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 juillet 2000 (RO **2000** 2546).

³⁶ 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).

³⁷ 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).

Mesure	Conditions
h. ³⁸ vaccination contre <i>Haemophilus influenzae</i>	pour les enfants jusqu'à cinq ans, selon le «Plan de vaccination de routine» (état août 2001) établi par l'OFSP et la Commission suisse pour les vaccinations
i. ³⁹ vaccination contre la grippe (annuellement)	Pour les personnes souffrant d'une maladie chronique et chez qui la grippe pourrait provoquer des complications importantes (selon les recommandations pour la prévention de la grippe établies par l'OFSP, le groupe de travail Influenza et la Commission suisse pour les vaccinations, état août 2000. Supplementum XIII, OFSP, 2000) et pour les personnes de plus de 65 ans
k. ⁴⁰ vaccination contre l'hépatite B	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pour les nourrissons de mères HBsAg-positives et les personnes exposées à un risque de contamination 2. Vaccination selon les recommandations, établies en 1997 par l'OFSP et la Commission suisse pour les vaccinations (Supplément du Bulletin de l'OFSP 5/98 et Complément du Bulletin 36/98), et en 2000 (Bulletin de l'OFSP 44/2000). La réglementation selon le ch. 2 est valable jusqu'au 31 décembre 2006
l. vaccination passive avec Hépatites B-Immunoglobuline	pour les nourrissons de mères HBsAgpositives

³⁸ 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).

³⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 2001 (RO **2001** 2150).

⁴⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 2001 (RO **2001** 2150).

Mesure	Conditions
m. ⁴¹ vaccination contre les pneumocoques	<ol style="list-style-type: none"> avec le vaccin polysaccharidique: adultes et enfants de plus de deux ans présentant une maladie chronique sévère, une déficience immunitaire, un diabète sucré, une fistule de liquide céphalo-rachidien, une asplénie fonctionnelle ou anatomique, un implant cochléaire ou une malformation de la base du crâne, ou avant une splénectomie ou la pose d'un implant cochléaire avec le vaccin conjugué: enfants de moins de cinq ans selon les recommandations établies en 2001 et en 2003 par la Commission suisse pour les vaccinations (Bulletins OFSP 29/2001 et 35/2003)
n. examen de la peau	en cas de risque élevé de mélanome familial (mélanome chez un parent au premier degré)
o. ⁴² mammographie	<ol style="list-style-type: none"> mammographie diagnostique: en cas de cancer chez la mère, la fille ou la sœur. Fréquence selon l'évaluation, au maximum un examen préventif par an. Un entretien explicatif et de conseil doit être mené par un médecin spécialisé en radiologie avant la première mammographie; il est consigné. Les appareils utilisés doivent être conformes aux lignes directrices de l'Union européenne de 1996 (European Guidelines for quality assurance in mammography screening, 2nd edition)⁴³

⁴¹ 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).

⁴² 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).

⁴³ Ces lignes directrices peuvent être consultées à l'Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne.

Mesure	Conditions
	2. mammographie de dépistage: dès 50 ans, tous les deux ans. Dans le cadre d'un programme organisé de dépistage du cancer du sein qui remplit les conditions fixées par l'ordonnance du 23 juin 1999 sur la garantie de la qualité des programmes de dépistage du cancer du sein par mammographie ⁴⁴ . Cette prestation est remboursée dans tous les cas (sans tenir compte de la franchise). La réglementation selon le ch. 2 est valable jusqu'au 31 décembre 2007
p. ⁴⁵ prophylaxie à la vitamine K	chez les nouveaux-nés (3 doses)
q. ⁴⁶ prophylaxie du rachitisme	chez les enfants pendant leur première année
r. ⁴⁷ Écographie par sonographie selon la méthode de Graf de la dysplasie de la hanche des nouveaux-nés	entre 0 et 6 semaines, examen effectué par un médecin spécialement formé à cette méthode. Cette réglementation est valable jusqu'au <i>30 juin 2004</i> .
s. ⁴⁸ Test de contracture musculaire in vitro concernant la détection d'une prédisposition pour l'hyper-thermie maligne	Chez les personnes ayant présenté lors d'une anesthésie un épisode suspect de l'hyper-thermie maligne et chez la parenté consanguine au premier degré. Dans un centre reconnu par le European Malignant Hyperthermia Group
t. ⁴⁹ Vaccination contre les méningocoques	avec le vaccin conjugué. Selon les recommandations établies en 2001 par la Commission suisse pour les vaccinations (CSV) (Bulletin de l'OFSP 46/2001). La prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire est limitée aux situations suivantes:

⁴⁴ RS **832.102.4**

⁴⁵ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996 (RO **1997** 564). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2002 (RO **2002** 4253).

⁴⁶ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996 (RO **1997** 564).

⁴⁷ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996 (RO **1997** 564). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 29 mars 2004 (RO **2004** 1713).

⁴⁸ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 10 juillet 2000 (RO **2000** 2546).

⁴⁹ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO **2002** 3013).

Mesure	Conditions
	<ul style="list-style-type: none"> – indications médicales – vaccination des membres de la famille vivant sous le même toit qu'un cas probable ou certain – vaccination des personnes qui ont partagé la même chambre à coucher ou qui ont été exposées aux sécrétions oropharyngées – vaccination des membres de la famille du premier degré de parenté de moins de 20 ans, même sans contact
u. ⁵⁰ Vaccination contre la tuberculose	avec le vaccin BCG selon les lignes directrices établies en 1996 par l'Association suisse contre la tuberculose et les maladies pulmonaires (ASTP) et l'OFSP (Bulletin de l'OFSP 16/1996)
v. ⁵¹ conseil génétique, pose d'indication pour des analyses génétiques et exécution 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: <ul style="list-style-type: none"> – une polypose colique ou une forme atténuée de polypose colique – un 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» de l'Institut suisse de recherche appliquée sur le cancer (SIAC) pouvant prouver leur collaboration technique avec un médecin spécialisé en génétique médicale.

⁵⁰ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

⁵¹ Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 17 nov. 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2004 (RO 2003 5283).

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., LAMal⁵²):

Mesure	Conditions
a. contrôles	
1. ⁵³ lors d'une grossesse normale sept examens	<ul style="list-style-type: none"> – <i>première consultation</i>: anamnèse, examen gynécologique et clinique généraux et conseils, examen des veines et recherche d'œdèmes des jambes. Prescription des analyses de laboratoire nécessaires, par les sages-femmes, conformément à une désignation distincte dans la liste des analyses; – <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, par les sages-femmes, conformément à une désignation distincte dans la liste des analyses.
2. lors d'une grossesse à risque	renouvellement des examens selon l'évaluation clinique
b. ⁵⁴ contrôles ultrasonographiques	
1 ⁵⁵ . lors d'une grossesse normale: un contrôle entre la 10 ^e et la 12 ^e semaine de grossesse; un contrôle entre la 20 ^e et la 23 ^e semaine de la grossesse	Après un entretien approfondi qui doit être consigné. Ces contrôles peuvent être effectués uniquement par des médecins ayant acquis une formation complémentaire et l'expérience nécessaire pour ce type d'examen. La réglementation selon le ch. 1 est valable jusqu'au 31 décembre 2006

⁵² RS 832.10

⁵³ 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).

⁵⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 avril 1996 (RO 1996 1496).

⁵⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 2001, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2002 (RO 2001 2150).

Mesure	Conditions
2. lors d'une grossesse à risque	Renouvellement des examens selon l'évaluation clinique. Ils peuvent être effectués uniquement par des médecins ayant acquis une formation complémentaire et l'expérience nécessaire pour ce type d'examen
c. examen prénatal au moyen de la cardiotocographie	lors d'une grossesse à risque
d. amniocentèse, prélèvement des villosités choriales	après un entretien approfondi qui doit être consigné pour: – les femmes âgées de plus de 35 ans – les femmes plus jeunes présentant un risque comparable
e. contrôle post-partum un examen	entre la sixième et la dixième semaine post-partum: anamnèse intermédiaire, statut gynécologique et clinique y compris l'octroi de conseils.

Art. 14 Préparation à l'accouchement

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

Art. 15 Conseils en cas d'allaitement

¹ Les conseils en cas d'allaitement (art. 29, al. 2, let. c, LAMal⁵⁶) sont à la charge de l'assurance lorsqu'ils sont prodigués par une sage-femme ou par une infirmière ayant suivi une formation spéciale dans ce domaine.

² Le remboursement est limité à trois séances.

Art. 16 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.

⁵⁶ RS 832.10

- b. la prescription, lors d'un examen de contrôle, d'un contrôle ultrasonique mentionné à l'art. 13, let. b;
- c. les prestations définies à l'art. 13, let. c et e, ainsi qu'aux art. 14 et 15.

² Les sages-femmes peuvent aussi fournir les prestations citées à l'art. 7, al. 2, à la charge de l'assurance. Ces prestations doivent être fournies après un accouchement à domicile, après un accouchement ambulatoire ou après la sortie anticipée d'un hôpital ou d'une institution de soins semi-hospitaliers.

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, LAMal⁵⁷):

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

- e. maladies du sinus maxillaire:
 1. dent ou fragment dentaire logés dans le sinus,
 2. fistule bucco-sinusale;
- f. dysgnathies qui provoquent des affections pouvant être qualifiées de maladie, tels que:
 1. syndrome de l'apnée du sommeil,
 2. troubles graves de la déglutition,
 3. asymétries graves cranio-faciales.

Art. 18 Autres maladies⁵⁸

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, LAMal⁵⁹):

- a.⁶⁰ maladies du système hématopoïétique:
 1. neutropénie, agranulocytose,
 2. anémie aplastique sévère,
 3. leucémies,
 4. syndromes myélodysplastiques (SDM),
 5. diathèses hémorragiques;
- b. maladies du métabolisme:
 1. acromégalie,
 2. hyperparathyroïdisme,
 3. hypoparathyroïdisme idiopathique,
 4. hypophosphatasie (rachitisme génétique dû à une résistance à la vitamine D);
- c. autres maladies:
 1. polyarthrite chronique avec atteinte des maxillaires,
 2. maladie de Bechterew avec atteinte des maxillaires,
 3. arthropathies psoriasiques avec atteinte des maxillaires,
 4. maladie de Papillon-Lefèvre,
 5. sclérodermie,
 6. SIDA,
 7. maladies psychiques graves avec une atteinte consécutive grave de la fonction de mastication;

⁵⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO 1998 2923).

⁵⁹ RS 832.10

⁶⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO 1998 2923).

- d. maladies des glandes salivaires;
- e. ...⁶¹

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 médecin-conseil.⁶²

Art. 19⁶³ Autres maladies; traitement des foyers infectieux

L'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires pour réaliser et garantir les traitements médicaux (art. 31, al. 1, let. c, LAMal⁶⁴):

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

Art. 19^{a65} 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:⁶⁶

- 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 LAMal⁶⁷ 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;

⁶¹ Abrogée par le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998 (RO 1998 2923).

⁶² Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

⁶³ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO 1998 2923).

⁶⁴ RS 832.10

⁶⁵ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996 (RO 1997 564).

⁶⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 4 juillet 1997, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1997 2697).

⁶⁷ RS 832.10

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;
- 16.⁶⁸proboscis lateralis;
- 17.⁶⁹dysplasies dentaires congénitales, lorsqu'au moins douze dents de la seconde dentition après éruption sont très fortement atteintes et lorsqu'il est prévisible de les traiter définitivement par la pose de couronnes;
18. anodontie congénitale totale ou anodontie congénitale partielle par absence d'au moins deux dents permanentes juxtaposées ou de quatre dents permanentes par mâchoire à l'exclusion des dents de sagesse;
19. hyperodontie congénitale, lorsque la ou les dents surnuméraires provoquent une déviation intramaxillaire ou intramandibulaire qui nécessitent 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

⁶⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1998 2923).

⁶⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1998 (RO 1998 2923).

- 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;
 - 28.⁷⁰ 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.⁷¹ rétention ou ankylose congénitale des dents lorsque plusieurs molaires ou au moins deux prémolaires ou molaires de la seconde dentition placées l'une à côté de l'autre (à l'exclusion des dents de sagesse) sont touchées, l'absence de dents (à l'exclusion des dents de sagesse) est traitée de la même manière que la rétention ou l'ankylose;
 29. kystes congénitaux du cou, fistules et fentes cervicales congénitales et tumeurs congénitales (cartilage de Reichert);
 30. hémangiome caverneux ou tubéreux;
 31. lymphangiome congénital, lorsqu'une opération est nécessaire;
 32. coagulopathies et thrombocytopathies congénitales;
 33. histiocytoses (granulome éosinophilique, maladies de Hand – Schüller – Christian et de Letterer – Siwe);
 34. malformations du système nerveux et de ses enveloppes (encéphalocèle, kyste arachnoïdien, myéломéningocèle, hydromyélie, méningocèle, mégalencéphalie, porencéphalie et diastématomyélie);
 35. affections hérédéo-dégénératives du système nerveux (p. ex.: ataxie de Friedreich, leucodystrophies et affections progressives de la substance grise,

⁷⁰ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 2001, en vigueur depuis 1^{er} janv. 2001 (RO 2001 2150).

⁷¹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998 (RO 1998 2923). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 2001, en vigueur depuis 1^{er} janv. 2001 (RO 2001 2150).

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

Chapitre 6 Moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques

Art. 20 Liste des moyens et appareils

¹ Les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques pour lesquels l'assurance garantit un remboursement sont définis groupe de produits et domaines d'utilisation à l'annexe 2.

² Les moyens et appareils qui sont implantés dans le corps ne figurent pas sur la liste. Leur remboursement est fixé dans les conventions tarifaires avec celui du traitement correspondant.

³ La liste des moyens et appareils n'est pas publiée dans le Recueil officiel du droit fédéral (RO) ni dans le Recueil systématique (RS). Elle paraît, en règle générale, chaque année et peut être obtenue auprès de l'Office fédéral des constructions et de la logistique (OFCL), Diffusion des Publications, CH-3003 Berne.⁷²

Art. 21 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'OFSP⁷³. L'OFSP examine chaque demande et la présente à la commission fédérale des moyens et appareils.⁷⁴

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.

⁷² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO 1998 2923).

⁷³ La désignation de l'unité administrative a été adaptée selon l'art. 4a de l'O du 15 juin 1998 sur les publications officielles (RS 170.512.1). Il a été tenu compte de cette modification dans tout le présent texte.

⁷⁴ Nouvelle teneur de la phrase selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juillet 1998, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 1999 (RO 1998 2923).

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. 28⁷⁵

¹ La liste mentionnée à l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 1, LAMal⁷⁶, fait partie intégrante de la présente ordonnance, dont elle constitue l'annexe 3 intitulée «Liste des analyses» («LAna»).⁷⁷

² La Liste des analyses n'est pas publiée dans le Recueil officiel des lois fédérales (RO) ni dans le Recueil systématique du droit fédéral (RS). Elle paraît en principe une fois par et peut être commandée à l'Office fédéral des constructions et de la logistique, (OFCL), Diffusion des publications, CH-3003 Berne.⁷⁸

⁷⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 3 juillet 1996, en vigueur depuis le 1^{er} oct. 1996 (RO 1996 2430).

⁷⁶ RS 832.10

⁷⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 juillet 2000 (RO 2000 2546).

⁷⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

Section 2 Liste des médicaments avec tarif

Art. 29⁷⁹

¹ La liste prévue à l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 2, LAMal⁸⁰, 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), Diffusion des publications, CH-3003 Berne.⁸¹

Section 3 Liste des spécialités

Art. 30 Principe

¹ Un médicament peut être admis sur la liste des spécialités:⁸²

- a.⁸³ lorsque la preuve de son efficacité, de sa valeur thérapeutique et de son caractère économique est établie;
- b.⁸⁴ lorsqu'il est autorisé par l'Institut suisse des produits thérapeutiques, Swissmedic.

² ...⁸⁵

Art. 30a⁸⁶ 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;
- 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;

⁷⁹ 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).

⁸⁰ RS 832.10

⁸¹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

⁸² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

⁸³ 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).

⁸⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

⁸⁵ Abrogé par le ch. II 2 de l'O du DFI du 26 oct. 2001 (RO 2001 3397).

⁸⁶ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

- f. les prix de fabrique dans tous les pays de référence visés à l'art. 35, ainsi que le prix-cible pour la Communauté européenne;
- g. une déclaration du requérant attestant qu'il s'engage à rembourser à l'institution commune un éventuel excédent de recettes conformément à l'art. 67, al. 2^{er}, OAMal.

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

Art. 31⁸⁷ Procédure d'admission

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

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

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

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

- a. les nouvelles formes galéniques proposées au même prix qu'une forme galénique comparable figurant déjà sur la liste des spécialités;
- b. les médicaments ayant fait l'objet d'une demande d'un deuxième requérant auprès de Swissmedic au sens de l'art. 12 de la loi du 15 décembre 2000 sur les produits thérapeutiques⁸⁸, si la préparation originale figure déjà sur la liste des spécialités;
- c. les médicament en co-marketing quand la préparation de base figure déjà sur la liste des spécialités.

⁴ Si Swissmedic a accepté une procédure rapide d'autorisation conformément à l'art. 5 de l'ordonnance du 17 octobre 2001 sur les médicaments⁸⁹, l'OFSP entreprend une procédure rapide d'admission. Dans la procédure rapide d'admission, une demande peut être déposée au plus tard 20 jours avant la séance de la Commission durant laquelle elle doit être traitée.

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

⁸⁷ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO **2002** 3013).

⁸⁸ RS **812.21**

⁸⁹ RS **812.212.21**

Art. 31a⁹⁰ Admission

L'OFSP peut décider en l'assortissant de l'obligation de fournir, au plus tard dans les 18 mois suivant l'admission, les indications ci-dessous:

- a. les prix dans tous les pays de référence visés à l'art. 35;
- b. la quantité d'emballages vendus depuis l'admission, attestée par l'organe de révision de l'entreprise chargée de la distribution qui aura été choisi conformément aux codes des obligations⁹¹ ou par une fiduciaire reconnue par l'OFSP.

Art. 32⁹² 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. 33⁹³ 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.⁹⁴

Art. 34 Caractère économique

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

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

- a. son prix de fabrique à l'étranger;
- b. son efficacité thérapeutique par rapport à d'autres médicaments dont les indications sont identiques ou les effets similaires;
- c. son coût par jour ou par traitement par rapport à ceux de médicaments dont les indications sont identiques ou les effets similaires;

⁹⁰ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

⁹¹ RS 220

⁹² Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

⁹³ 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).

⁹⁴ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

- d. une prime à l'innovation pour une période de quinze ans au maximum lorsqu'il s'agit d'un médicament d'une catégorie visée à l'art. 31, al. 2, let. a et b; les frais de recherche et de développement sont pris en considération dans cette prime de manière équitable.⁹⁵

Art. 35⁹⁶ Comparaison avec le prix à l'étranger

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

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

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

Art. 35a⁹⁷ Part relative à la distribution

¹ La part relative à la distribution pour les médicaments qui ne sont remis que sur prescription, selon la classification de Swissmedic, se compose d'une prime fixée en fonction du prix de fabrique (prime relative au prix) et d'une prime par emballage.⁹⁸

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

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

⁴ La part relative à la distribution pour les médicaments qui sont remis sans prescription, selon la classification de Swissmedic, se compose d'une prime fixée en fonction du prix de fabrique (prime relative au prix). Celle-ci prend en compte tous les coûts rémunérés par la part relative à la distribution.⁹⁹

⁹⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

⁹⁶ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

⁹⁷ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO 2000 3088).

⁹⁸ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

⁹⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

⁵ L'OFSP peut fixer la part relative à la distribution selon les fournisseurs de prestations et les catégories de remise. Il peut en outre tenir compte de situations de distribution particulières. Il entend les associations concernées avant de fixer la part relative à la distribution.¹⁰⁰

Art. 35b¹⁰¹ Réexamen dans les 24 mois suivant l'admission

¹ Afin de vérifier si les conditions sont toujours remplies, l'OFSP procède à un réexamen des médicaments dans les 24 mois qui suivent leur admission.

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

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

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

⁵ L'excédent de recettes est établi comme suit:

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

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

Art. 36 Réexamen des médicaments au cours des quinze ans qui suivent l'admission sur la liste des spécialités

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

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

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

Art. 37 Réexamen après quinze ans

¹ A l'expiration de la protection du brevet, mais quinze ans au plus après l'admission des médicaments dans la liste des spécialités, l'OFSP réexamine s'ils remplissent les

¹⁰⁰ 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).

¹⁰¹ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

conditions d'admission fixées aux art. 32 à 35a. Les brevets de procédé ne sont pas pris en considération lors de ce réexamen.¹⁰²

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

³ Les médicaments qui ont été admis simultanément dans la liste des spécialités sont également réexaminés simultanément.¹⁰³

⁴ La date de la première inscription d'une taille d'emballage, d'un dosage ou d'une forme galénique est déterminante pour l'appréciation d'un médicament. Lorsqu'une forme est réexaminée, toutes les autres formes contenant la même substance active sont également réexaminées.¹⁰⁴

Art. 38 Emoluments

¹ Un émolument de 2000 francs par forme galénique est dû pour tout médicament faisant l'objet d'une première demande. Si la demande concerne un médicament ayant fait l'objet d'une procédure rapide d'autorisation et qu'elle doit aussi être traitée de manière rapide par l'OFSP, l'émolument s'élève à 2400 francs.¹⁰⁵

² Un émolument de 400 francs par forme galénique est dû pour toute demande d'augmentation de prix, d'extension de la limitation, de modification du dosage de la substance active ou de la taille de l'emballage, ainsi que pour toute demande de réexamen.¹⁰⁶

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

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

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

Titre 2 Conditions du droit de fournir des prestations

Chapitre 1¹⁰⁷ ...

Art. 39

¹⁰² 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).

¹⁰³ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO 2000 3088).

¹⁰⁴ Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2001 (RO 2000 3088).

¹⁰⁵ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

¹⁰⁶ 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).

¹⁰⁷ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 2 juillet 2002 (RO 2002 3013).

Chapitre 2 Ecoles de chiropratique

Art. 40

Les établissements suivants sont reconnus comme écoles de chiropratique au sens de l'art. 44, al. 1, let. a, OAMal:

- a. Canadian Memorial Chiropractic College
1900 Bayview Avenue, Toronto, Ontario, M4G 3E6, Canada;
- b. Cleveland Chiropractic College
6401 Rockhill Road, Kansas City, Missouri 64131, USA;
- c. Logan College of Chiropractic
1851 Schoettler Road, Box 100, Chesterfield, Missouri 63017, USA;
- d. Los Angeles College of Chiropractic
16200 East Amber Valley Drive, P.O. Box 1166, Whittier, California 90609, USA;
- e. National College of Chiropractic
200 East Roosevelt Road, Lombard, Illinois 60148, USA;
- f. New York Chiropractic College
POB 167, Glen Head, New York 11545, USA;
- g. Northwestern College of Chiropractic
2501 West 84th Street, Bloomington, Minnesota 55431, USA;
- h. Palmer College of Chiropractic
1000 Brady Street, Davenport, Iowa 52803, USA;
- i. Palmer College of Chiropractic West
1095 Dunford Way, Sunnyvale, California 94087, USA;
- k. Texas Chiropractic College
5912 Spencer Highway, Pasadena, Texas 77505, USA;
- l. Western States Chiropractic College
2900 N.E. 132nd Avenue, Portland, Oregon 97230, USA.

Chapitre 3¹⁰⁸ ...

Art. 41

¹⁰⁸ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 29 juin 1999 (RO 1999 2517).

Chapitre 4 Laboratoires

Art. 42 Formation et formation postgraduée

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

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

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

⁴ Le Département fédéral de l'intérieur peut autoriser les chefs de laboratoire qui ont une formation postgraduée ne répondant pas aux exigences de l'al. 3 à effectuer certaines analyses spéciales. Il définit ces analyses spéciales.

Art. 43¹⁰⁹ 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 dont le chef peut justifier d'une formation reconnue conforme aux conditions contenues à l'art. 42, al. 1, et que d'une formation postgraduée en génétique médicale (génétique humaine axée sur la santé et la maladie) reconnue par la FAMH ou considérée comme équivalente par le Département fédéral de l'intérieur, conformément aux conditions contenues à l'art. 42, al. 3.

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).

¹⁰⁹ Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 17 nov. 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2004 (RO 2003 5283). Voir aussi les disp. fin. de cette modification, à la fin du présent texte.

Titre 3 Dispositions finales

Art. 44 Abrogation du droit en vigueur

Sont abrogées:

- a. l'ordonnance 2 du DFI du 16 février 1965¹¹⁰ 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 1965¹¹¹ sur l'assurance-maladie concernant l'exercice du droit aux subsides fédéraux pour soins médicaux et pharmaceutiques des invalides;
- c. l'ordonnance 4 du DFI du 30 juillet 1965¹¹² 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 1965¹¹³ sur l'assurance-maladie concernant les instituts de chiropratique reconnus;
- e. l'ordonnance 7 du DFI du 13 décembre 1965¹¹⁴ 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 1985¹¹⁵ sur l'assurance-maladie concernant les traitements psychothérapeutiques à la charge des caisses-maladie reconnues;
- g. l'ordonnance 9 du DFI du 18 décembre 1990¹¹⁶ 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 1968¹¹⁷ sur l'assurance-maladie concernant l'admission des médicaments sur la liste des spécialités;
- i. l'ordonnance du DFI du 28 décembre 1989¹¹⁸ sur les médicaments obligatoirement pris en charge par les caisses-maladie reconnues;
- k. l'ordonnance du DFI du 23 décembre 1988¹¹⁹ sur les analyses obligatoirement prises en charge par les caisses-maladie reconnues.

¹¹⁰ [RO 1965 131, 1970 949, 1971 1719, 1986 1487 ch. II]

¹¹¹ [RO 1965 429, 1968 1052, 1974 688, 1986 891]

¹¹² [RO 1965 619, 1986 1487 ch. II]

¹¹³ [RO 1965 1211, 1986 1487 ch. II, 1988 973]

¹¹⁴ [RO 1965 1213, 1968 838, 1971 1258, 1986 1487 ch. II, 1988 2012, 1993 349, 1995 890]

¹¹⁵ [RO 1986 87]

¹¹⁶ [RO 1991 519, 1995 891]

¹¹⁷ [RO 1968 1543, 1986 1487]

¹¹⁸ [RO 1990 127, 1991 959, 1994 765]

¹¹⁹ [RO 1989 374, 1995 750 3688]

Art. 45¹²⁰**Art. 46** Entrée en vigueur¹²¹

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

² ...¹²²

³ ...¹²³

Disposition transitoire de la modification du 17 novembre 2003¹²⁴

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»)¹²⁵.

¹²⁰ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000 (RO **2000** 3088).

¹²¹ 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).

¹²² Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 15 janv. 1996 (RO **1996** 909).

¹²³ Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 26 fév. 1996 (RO **1996** 1232).

¹²⁴ RO **2003** 5283

¹²⁵ Non publié au RO. Ce règlement peut être consulté à l'Office fédérale des assurances sociales, Effingerstrasse 20, 3003 Berne.

*Annexe 1*¹²⁶
(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 OPAS. 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 et l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique ont été examinés par la Commission des prestations et 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.

¹²⁶ Nouvelle teneur selon le ch. III de l'O du DFI du 17 nov. 2003, en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2004 (RO **2003** 5283).

Table des matières de l'annexe 1

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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
1 Chirurgie			
<i>1.1 Chirurgie générale</i>			
Mesures en cas d'opération du cœur	Oui	Sont inclus: Cathétérisme cardiaque; angiocardio- graphie, produit de contraste compris; hypothermie; emploi du cœur-poumon artificiel; emploi d'un Cardioverter comme stimulateur, défibrillateur ou moniteur cardiaque; conserves de sang et sang frais; pose d'une valvule artificielle, prothèse comprise; pose d'un stimulateur cardiaque, appareil compris.	1.9.1967
Système de stabilisation pour opération de pon- tage 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 calcifiée; – défaillance rénale; – syndrome respiratoire obstructif chronique; – âge avancé (plus de 70–75 ans). Contre-indications: – vaisseaux sanguins, très calcifiés ou très petits et diffus (>1,5 mm); – instabilité hémodynamique peropéra- toire à cause de la manipulation du cœur ou à cause d'une ischémie.	1.1.2002
Reconstruction mammaire	Oui	Pour rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente après une amputation médicalement indiquée.	23.8.1984/ 1.3.1995
Autotransfusion	Oui		1.1.1991
Traitement chirurgical de l'obésité (pontage gastrique par Roux-en-Y, anneau gastrique, gastro- plastie verticale)	Oui	En cours d'évaluation a. Après en avoir référé au médecin- conseil. b. Le patient ne doit pas avoir plus de 60 ans. c. Le patient présente un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 40; d. Un traitement amaigrissant de deux ans sans interruption est resté sans effet. e. Le patient souffre en outre d'une des maladies suivantes: hypertension arté- rielle mesurée à l'aide d'un brassard large; diabète sucré; syndrome d'apnée du sommeil; dyslipémie; affection dégénérative invalidante de l'appareil locomoteur; coronaropathie; stérilité avec hyper-androgénisme; ovaires polykystiques chez une patiente en âge de procréer.	1.1.2000/ 1.1.2004

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		f. L'opération doit être exécutée dans un centre hospitalier disposant d'une équipe interdisciplinaire et expérimentée en chirurgie, psychothérapie, conseils nutritionnels et médecine interne.	
		g. L'hôpital doit tenir un registre d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	
Traitement de l'obésité par ballonnet intragastrique	Non		25.8.1988
Thérapie à radiofréquence pour le traitement des varices	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Traitement des varices par laser endoveineux	Non		1.1.2004
<i>1.2 Chirurgie de transplantation</i>			
Transplantation rénale isolée	Oui	Sont inclus les frais d'opération du donneur, y compris le traitement des complications éventuelles et une indemnité adéquate pour la perte de gain effective. La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de décès éventuelle du donneur est exclue.	25.3.1971 23.3.1972
Transplantation cardiaque isolée	Oui	En cas d'affections cardiaques graves et incurables telles que la cardiopathie ischémique, la cardio-myopathie idiopathique, les malformations cardiaques et l'arythmie maligne.	31.8.1989
Transplantation isolée du poumon d'un donneur non vivant	Oui	Stade terminal d'une maladie pulmonaire chronique. Dans les centres suivants: Hôpital universitaire de Zurich, Hôpital cantonal universitaire de Genève en collaboration avec le Centre hospitalier universitaire vaudois, si le centre participe 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	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002/ 1.1.2003

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Transplantation simultanée du pancréas et du rein	Oui	Aux centres suivants: Hôpital universitaire de Zurich, Hôpital cantonal universitaire de Genève, si le centre participe au registre de SwissTransplant.	1.1.2003
Transplantation isolée du pancréas (Pancreas Transplantation Alone, Pancreas Afer Kidney)	Non		31.8.1989/ 1.4.1994
Transplantation isolée du pancréas	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Allotransplantation d'îlots de Langerhans	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Autotransplantation d'îlots de Langerhans	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Transplantation isolée de l'intestin grêle	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Transplantation simultanée de l'intestin grêle et du foie et transplantation multiviscérale	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
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
Greffe allogénique d'un équivalent de peau humaine bicouche vivant (composé de derme et d'épiderme)	Non	En cours d'évaluation	1.1.2001/ 1.7.2002/ 1.4.2003
Equivalent épidermique autologue issu d'une culture en deux étapes	Oui	En cours d'évaluation Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. Pour le traitement des ulcères de jambe chroniques, récalcitrants veineux ou artério-veineux ne répondant pas favorablement à un traitement conservateur, c'est-à-dire pour lesquels une greffe de peau mince serait indiquée ou pour lesquels une greffe de peau aurait échoué.	1.1.2003/ 1.1.2004 jusqu'au 31.12.2006

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
<i>1.3 Orthopédie, traumatologie</i>			
Traitement des défauts de posture	Oui	Prestation obligatoire seulement pour les traitements de caractère nettement thérapeutique, c.-à.-d. si des modifications de structure ou des malformations de la colonne vertébrale décelables à la radiographie sont devenues manifestes. Les mesures prophylactiques qui ont pour but d'empêcher d'imminentes modifications du squelette, telles que la gymnastique spéciale pour fortifier un dos faible, ne sont pas à la charge de l'assurance.	16.1.1969
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire d'un lubrifiant artificiel	Non		25.3.1971
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire de téflon ou de silicone en tant que «lubrifiant»	Non		12.5.1977
Traitement de l'arthrose par injection d'une solution mixte contenant de l'huile Jodoformöl	Non		1.1.1997
Thérapie par ondes de choc extracorporelles (lithotripsie) appliquée à l'appareil locomoteur	Non	En cours d'évaluation	1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2002
Thérapie par ondes de choc radiales	Non		1.1.2004
Protection des hanches pour prévenir les fractures du col du fémur	Non		1.1.1999/ 1.1.2000
Greffé ostéocondral en mosaïc pour couvrir des lésions du tissu osseux ou cartilagineux	Non		1.1.2002
Greffé autologue de chondrocytes	Non		1.1.2002/ 1.1.2004
Viscosupplémentation pour le traitement de la gonarthrose	Oui	En cours d'évaluation Traitements à base d'analgésiques ou de conservateurs sont inefficaces ou contre-indiqués. Le but du traitement à long terme est de repousser l'implantation d'une prothèse. Système d'évaluation uniforme fondée sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2004 jusqu'au 31.12.2006

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> – Traitements pratiqués dans le cadre de l'étude randomisée suisse (SVISCOT) pour l'évaluation clinique et économique de la viscosupplémentation. – Lors de SVISCOT une rémunération forfaitaire est convenue pour le traitement par viscosupplémentation. 	
Cyphoplastie à ballonnet pour le traitement des fractures vertébrales	Non	En cours d'évaluation	1.1.2004
<i>1.4 Urologie et proctologie</i>			
Uroflowmétrie (mesure du flux urinaire par enregistrement de courbes)	Oui	Limité aux adultes	3.12.1981
Lithotripsie rénale extra-corporelle par ondes de choc (ESWL), fragmentation des calculs rénaux	Oui	<p>Indications</p> <p>L'ESWL est indiquée en cas de</p> <ul style="list-style-type: none"> a. lithiases du bassin; b. lithiases calicielles; c. lithiases de la partie supérieure de l'uretère, <p>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.</p> <p>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).</p>	22.8.1985
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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Ablation transurétrale de la prostate à l'aide d'un laser dirigé par ultrasons	Non		1.1.1997
Traitement par micro-ondes transurétrales à haute énergie (HE-TUMT)	Non		1.1.2004
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	En cours d'évaluation Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. 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 rééducation). Après un test de stimulation (PNE) positif. Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	1.7.2000/ 1.7.2002 jusqu'au 31.12.2004
Electroneuromodulation des racines sacrées à l'aide d'un système implanté pour le traitement de l'incontinence fécale	Oui	En cours d'évaluation Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. Ne peut être effectuée que dans une institution reconnue, disposant d'une unité de manométrie anorectale capable de réaliser une évaluation manométrique complète et que 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 réhabilitation). Après un test de stimulation (PNE) positif. Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	1.1.2003 jusqu'au 31.12.2007

2 Médecine interne

2.1 Médecine interne générale

Thérapie par injection d'ozone	Non		13.5.1976
Traitement par O ₂ hyperbare	Oui	– lésions actiniques chroniques ou tardives – ostéomyélite de la mâchoire – ostéomyélite chronique	1.4.1994 1.9.1988

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Cellulothérapie à cellules fraîches	Non		1.1.1976
Sérocythothérapie	Non		3.12.1981
Vaccination contre la rage	Oui	Lors du traitement d'un patient mordu par un animal atteint de la rage ou suspect d'avoir cette maladie	19.3.1970
Traitement de l'obésité	Oui	– si le poids est supérieur de 20 % ou plus au poids idéal maximal – si une maladie concomitante peut être avantageusement influencée par la réduction du poids	7.3.1974
– par les dérivés de l'amphétamine	Non		1.1.1993
– par les hormones thyroïdiennes	Non		7.3.1974
– par les diurétiques	Non		7.3.1974
– par l'injection de choriogonadotrophine	Non		7.3.1974
Hémodialyse («rein artificiel»)	Oui		1.9.1967
Hémodialyse à domicile	Oui		27.11.1975
Dialyse péritonéale	Oui		1.9.1967
Nutrition entérale à domicile	Oui	Lorsqu'une nutrition suffisante par voie orale sans utilisation de sonde est impossible	1.3.1995
Nutrition entérale à domicile sans utilisation de sonde	Non		1.7.2002
Nutrition parentérale à domicile	Oui		1.3.1995
Insulinothérapie à l'aide d'une pompe à perfusion continue	Oui	Aux conditions suivantes: – le patient souffre d'un diabète extrêmement labile; – son affection ne peut pas être stabilisée de manière satisfaisante par la méthode des injections multiples; – traitement au moyen de la pompe est indiqué et les soins sont dispensés par un centre qualifié ou, après consultation du médecin-conseil, par un médecin spécialisé installé en cabinet privé qui a l'expérience nécessaire.	27.8.1987/ 1.1.2000
Perfusion parentérale d'antibiotiques à l'aide d'une pompe à perfusion continue, traitement ambulatoire	Oui		1.1.1997
Plasmaphérèse	Oui	Indications: – syndrome d'hyperviscosité;	25.8.1988

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> – maladies du système immunitaire, lorsqu'une plasmaphérese s'est révélée efficace, soit notamment en cas de: – myasthénie grave; – purpura thrombocytopénique; – anémie hémolytique immune; – leucémie; – syndrome de Goodpasture; – syndrome de Guillain-Barré; – intoxication aiguë – hypercholestérolémie familiale homozygote. 	
LDL-Aphérèse	Oui	Hypercholestérolémie familiale homozygote	25.8.1988
	Non	Hypercholestérolémie familiale hétérozygote	1.1.1993/ 1.3.1995
Greffe de cellules souches hématopoïétiques		<p>Dans les centres qualifiés par l'organe de certification du STABMT (Groupe de travail de SwissTransplant pour la transplantation de cellules du sang et de la moelle), selon les prescriptions du Joint Accreditation Committee of ISHAGE Europe and EBMT (JACIE): «Accreditation manual for Blood and Marrow Progenitor Cell Processing, Collection and Transplantation» de mai 1999.</p> <p>Les prestataires doivent tenir un registre d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.</p>	
– autologue	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – Lymphomes – Leucémie lymphatique aiguë – Leucémie myéloïde aiguë. 	1.1.1997
	Oui	Myélome multiple.	1.1.2002
	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> – syndrome myéloдиспластique – neuroblastome – médulloblastome – leucémie myéloïde chronique – cancer du sein – tumeur germinale – cancer de l'ovaire – sarcome d'Ewing – sarcome des tissus mous et tumeur de Wilms – rhabdomyosarcome – carcinome bronchique à petites cellules – tumeur solide rare de l'enfant 	1.1.2002 et jusqu'au 31.12.2006

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
– allogénique	Non	<ul style="list-style-type: none"> – récurrence d'une leucémie myéloïde aiguë – récurrence d'une leucémie lymphatique aiguë – cancer du sein avec métastases osseuses étendues – maladies congénitales 	1.1.1997
	Non	En cours d'évaluation	1.1.2002
	Oui	En cas de maladie auto-immune <ul style="list-style-type: none"> – leucémie myéloïde aiguë – leucémie lymphatique aiguë – leucémie myéloïde chronique – syndrome myéloдисplasique – anémie aplasique – déficit immunitaire et enzymopathie congénitale – thalassémie et anémie drépanocytaire (donneur génotypiquement HLA-identique) 	1.1.1997
	Oui	En cours d'évaluation <ul style="list-style-type: none"> – myélome multiple – tumeur du système lymphatique (lymphome de Hodgkin, lymphome non hodgkinien, leucémie lymphatique chronique) – carcinome du rein – mélanome 	1.1.2002 et jusqu'au 31.12.2006
		Les frais de l'opération du donneur sont également à la charge de l'assureur du receveur, y compris le traitement des complications éventuelles et une indemnité adéquate pour la perte de gain effective. La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de décès du donneur est exclue.	1.1.1997
Lithotritie des calculs biliaires	Non	Tumeurs solides.	1.1.1997
	Non	En cours d'évaluation <ul style="list-style-type: none"> – maladie auto-immune – cancer du sein 	1.1.2002
	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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Polysomnographie	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 (p. ex. dystonie épileptique nocturne ou comportements violents pendant le sommeil), lorsque le diagnostic est incertain et qu'une thérapie s'impose. Prescription et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives du 6 septembre 2001 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie.	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002
Polygraphie	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 cours d'évaluation	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003
Polygraphie	Oui	En cours d'évaluation Forte suspicion d'un syndrome de l'apnée du sommeil. Exécution par un médecin spécialisé (pneumologie FMH) pouvant justifier d'une formation et d'une expérience pratique en polygraphie respiratoire conforme aux directives du 6 septembre 2001 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie. Système d'évaluation uniforme fondée sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	1.7.2002 jusqu'au 31.12.2005
Dosage de la mélatonine sérique	Non		1.1.1997
Test des latences multiples d'endormissement (Multiple sleep latency test)	Oui	Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives de 1999 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie.	1.1.2000
Test de maintien de l'éveil (Maintenance of wakefulness test)	Oui	Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives de 1999 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie de.	1.1.2000

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Actigraphie	Oui	Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives de 1999 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie.	1.1.2000
Test respiratoire à l'urée (13C) pour mise en évidence d' <i>Helicobacter pylori</i>	Oui		16.9.1998/ 1.1.2001
Immunothérapie par cellules dendritiques pour le traitement du mélanome	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Traitement photodynamique au méthylester de l'acide aminolévulinique	Oui	Kératose actinique, carcinome basocellulaire, maladie de Bowen et carcinome spinocellulaire mince	1.7.2002
Calorimétrie et/ou mesure de la densité corporelle dans le traitement de l'obésité	Non		1.1.2004
Capsule-endoscopie pour déterminer l'étiologie d'hémorragies de l'intestin grêle, de l'angle de Treitz à la valvule iléocœcale	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. Si la gastroscopie et la coloscopie se sont révélées négatives.	1.1.2004
<i>2.2 Maladies cardio-vasculaires, médecine intensive</i>			
Insufflation d'oxygène	Non		27.6.1968
Massage séquentiel péristaltique	Oui		27.3.1969/ 1.1.1996
Enregistrement de l'ECG par télémétrie	Oui	Comme indications, entrent avant tout en ligne de compte les troubles du rythme et de la transmission, les troubles de la circulation du sang dans le myocarde (maladies coronariennes). L'appareil peut aussi servir au contrôle de l'efficacité du traitement.	13.5.1976
Système implantable pour l'enregistrement d'un électrocardiogramme sous-cutané	Oui	Selon les directives du groupe de travail «Stimulation cardiaque et électrophysiologie» de la Société suisse de cardiologie du 26 mai 2000.	1.1.2001
Surveillance téléphonique des stimulateurs cardiaques	Non		12.5.1977
Implantation d'un défibrillateur	Oui		31.8.1989

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Utilisation à ballonnet d'une pompe intra-aortale en cardiologie interventionnelle	Oui		1.1.1997
Revascularisation transmyocardique par laser	Non	En cours d'évaluation	1.1.2000
Resynchronisation cardiaque	Non	En cours d'évaluation	1.1.2003
Thérapie de resynchronisation cardiaque sur la base d'un stimulateur cardiaque à triple chambre, implantation et changement d'agrégat	Oui	En cas d'insuffisance cardiaque chronique sévère réfractaire avec asynchronisme interventriculaire. Aux conditions suivantes: – insuffisance chronique sévère (NYHA III ou IV) avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche $\leq 35\%$ malgré traitement médicamenteux adéquat – bloc de branche gauche avec allongement du QRS ≥ 130 millisecondes Investigation et implantation seulement dans un centre de cardiologie qualifié, disposant d'une équipe interdisciplinaire avec les compétences requises en électrophysiologie cardiaque et de l'infrastructure nécessaire (échocardiographie, console de programmation, laboratoire de cathétérisme cardiaque).	1.1.2004
Curiothérapie endocoronarienne	Non	En cours d'évaluation	1.1.2003
<i>2.3 Neurologie, y compris la thérapie des douleurs</i>			
Massages en cas de paralysie consécutive à des affections du système nerveux central	Oui		23.3.1972
Potentiels évoqués visuels dans le cadre d'examen neurologiques spéciaux	Oui		15.11.1979
Electrostimulation de la moelle épinière par implantation d'un système de neurostimulation	Oui	Traitement des douleurs chroniques graves, avant tout des douleurs du type de désafférentation (douleurs fantômes), douleurs par adhérence des racines après hernie discale et perte de sensibilité dans les dermatomes correspondants, causalgies et notamment des douleurs provoquées par fibrose du plexus après irradiation (cancer du sein), lorsqu'il existe une indication stricte et qu'un test a été effectué au moyen d'une électrode percutanée. Le remplacement du générateur d'impulsions est une prestation obligatoire.	21.4.1983/ 1.3.1995

Mesure	Obligationnement 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 (p. ex. lésion cérébrale ou intrarachidienne, lacération intradurale du nerf), lorsqu'il existe une indication stricte et qu'un test a été effectué au moyen d'une électrode percutanée. Le remplacement du générateur d'impulsions est une prestation obligatoire.	1.3.1995
Opération stéréotaxique 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 (lésions par radiofréquence et stimulation chronique du thalamus) en vue de traiter le tremblement non parkinsonien, chronique et réfractaire aux traitements non chirurgicaux	Oui	Diagnostic établi d'un tremblement non parkinsonien, progression des symptômes sur un minimum de deux ans, contrôle insuffisant des symptômes par le traitement médicamenteux. Examens et opérations dans des centres spécialisés qui disposent des infrastructures nécessaires (neurochirurgie fonctionnelle, neurologie, électrophysiologie neurologique, neuroradiologie).	1.7.2002
Electro-neurostimulation transcutanée (TENS)	Oui	Si le patient utilise lui-même le stimulateur TENS, l'assureur lui rembourse les frais de location de l'appareil lorsque les conditions suivantes sont remplies: <ul style="list-style-type: none"> – le médecin ou, sur ordre de celui-ci, le physiothérapeute doit avoir testé l'efficacité du TENS sur le patient et avoir initié ce dernier à l'utilisation du stimulateur; – le médecin-conseil doit avoir confirmé que le traitement par le patient lui-même est indiqué; – l'indication notamment dans les cas suivants: <ul style="list-style-type: none"> – douleurs dues à un névrome; p. ex. douleurs localisées pouvant être déclenchées par pression dans des membres amputés (moignons); 	23.8.1984

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> – douleurs pouvant être déclenchées ou renforcées par la stimulation (pression, extension ou stimulation électrique) d'un point névralgique, ce p. ex. douleurs de type sciatique ou syndromes de l'épaule et du bras; – douleurs provoquées par la compression des nerfs; p. ex. douleurs irradiantes persistantes après opération d'une hernie discale ou du canal carpien. 	
Traitement par Baclofen à l'aide d'un doseur implantable de médicament	Oui	En cas de spasticité résistant à la thérapie.	1.1.1996
Traitement intrathécal d'une douleur chronique somatique à l'aide d'un doseur implantable de médicament	Oui		1.1.1991
Potentiels évoqués moteurs comme examen neurologique spécialisé	Oui	Diagnostic d'une maladie neurologique. L'examinateur responsable est titulaire du certificat de capacité ou de l'attestation de formation complémentaire en électroencéphalographie ou en électroneuromyographie de la Société suisse de neurophysiologie clinique.	1.1.1999
Résection curative d'un foyer épileptogène	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – Preuve de l'existence d'une épilepsie focale. – Fort handicap du patient en raison de souffrances dues à la maladie comitiale. – Résistance à la pharmacothérapie. – Investigations et exécution dans un centre pour épileptiques qui dispose des équipements diagnostiques adéquats (en électrophysiologie, IRM, TEP, etc.), d'un service de neuropsychologie, du savoir-faire chirurgical et thérapeutique et de possibilités de suivi du traitement. 	1.1.1996
Chirurgie palliative de l'épilepsie par:	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <p>Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.</p> <p>Lorsque les investigations montrent que la chirurgie curative de l'épilepsie focale n'est pas indiquée et qu'une méthode palliative permettra un meilleur contrôle des crises ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie.</p>	1.1.1996/ 1.7.2002
<ul style="list-style-type: none"> – commissurotomie – amygdalo-hippocampectomie sélective 			

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
<ul style="list-style-type: none"> – opération sous-apiale multiple (selon Morell-Whisler) – stimulation du nerf vague 		Investigations et exécution dans un centre pour épileptiques qui dispose des équipements diagnostiques adéquats (en électrophysiologie, IRM, PET, etc.), d'un service de neuro-psychologie, du savoir-faire chirurgical et thérapeutique et de possibilités de suivi du traitement. Tenue d'un registre d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	
Opération au laser (décompression au laser) de la hernie discale	Non		1.1.1997
Traitement électrothermique intradiscal	Non		1.1.2004
Cryoneurolyse	Non	Pour le traitement des douleurs des articulations intervertébrales lombaires	1.1.1997
Dénervation par radiofréquence d'articulation facettaire	Non		1.1.2004
Spondylodèse par cage intersomatique ou greffe osseuse	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. <ul style="list-style-type: none"> – Instabilité de la colonne vertébrale avec hernie discale, récurrence de hernie discale ou sténose chez des patients présentant un syndrome vertébral ou radiculaire invalidant, résistant au traitement conservateur, causé par une pathologie dégénérative de la colonne vertébrale avec instabilité, cliniquement et radiologiquement vérifiées. – Après échec d'une spondylodèse postérieure avec système de vis pédiculaires. 	1.1.1999/ 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004
Prothèse de disque	Non	En cours d'évaluation	1.1.2004
<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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
2.5 Oncologie			
Traitement du cancer par pompe à perfusion (chimiothérapie)	Oui		27.8.1987
Traitement par laser pour chirurgie palliative à minima	Oui		1.1.1993
Perfusion isolée des membres en hyperthermie et au moyen du facteur de nécrose tumorale (TNF)	Oui	Mélanome malin atteignant exclusivement un membre. Sarcome des tissus mous atteignant exclusivement un membre. Dans un centre spécialisé ayant l'expérience du traitement interdisciplinaire des mélanomes et des sarcomes étendus des membres par cette méthode. Le traitement est effectué par une équipe composée de médecins spécialisés en chirurgie oncologique, en chirurgie vasculaire, en orthopédie, en anesthésie et en médecine intensive. Le traitement doit être effectué en salle d'opération, sous anesthésie générale et sous monitoring continu par sonde de Swan-Ganz.	1.1.1997/ 1.1.2001
	Non	Mélanome ou de sarcome – envahissant la racine du membre; – accompagné de métastases viscérales.	1.1.2001
Photo-chimiothérapie extracorporelle	Oui	Réticulomatose cutanée (syndrome de Sézary)	1.1.1997
Curiethérapie par implants permanents d'iode 125 pour le traitement du carcinome de la prostate	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
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 à des fins diagnostiques en cas de stérilité	Non		1.4.1994
Fécondation in vitro et transfert d'embryon (FIVETE)	Non		28.8.1986/ 1.4.1994
Stérilisation:			

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
– d'une patiente	Oui	Pratiquée au cours du traitement médical d'une patiente en âge de procréer, la stérilisation doit être prise en charge par l'assurance-maladie dans les cas où une grossesse mettrait la vie de l'assurée en danger ou affecterait vraisemblablement sa santé de manière durable, à cause d'un état pathologique vraisemblablement permanent ou d'une anomalie physique, et si d'autres méthodes ne sont pas possibles pour des raisons médicales (au sens large).	11.12.1980
– du conjoint	Oui	Lorsqu'une stérilisation remboursable se révèle impossible pour la femme ou lorsqu'elle n'est pas souhaitée par les époux, l'assureur de la femme doit prendre en charge la stérilisation du mari.	1.1.1993
Traitement au laser du cancer du col in situ	Oui		1.1.1993
Ablation non chirurgicale de l'endomètre	Oui	Pour le traitement des ménorragies fonctionnelles résistant à la thérapie chez les femmes avant le ménopause.	1.1.1998
Embolisation de fibrome de l'utérus	Non	En cours d'évaluation	1.1.2004
Frottis de Papanicolaou pour la détection précoce des cancers du col de l'utérus (art. 12, let. c, OPAS)	Oui		1.1.1996
Cytologie en couches minces pour la détection précoce des cancers du col de l'utérus selon les méthodes ThinPrep ou Autocyte Prep / SurePath (art. 12, let. c, OPAS)	Non	En cours d'évaluation	1.4.2003
Détection du papillomavirus humain (HPV) pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (art. 12, let. c, OPAS)	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Interventions mammaires mini-invasives sous guidage radiologique ou échographique (par. ex. biopsie au pistolet, Mammatome, ABBi, Siteselect)	Oui	En cours d'évaluation Selon les directives du 2 novembre 2001 de la Société Suisse de Sénologie. Conception d'évaluation uniforme fondée sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	1.7.2002 jusqu'au 31.12.2007

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Mise en place d'une bandelette sous-urétrale pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - Selon les recommandations de l'Association pour l'urogynécologie et la pathologie du plancher pelvien (AUG), avis d'expert n° 13 du 22 octobre 2002, «Evaluation du TVT (Tension-free vaginal tape) pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort féminine». - Evaluation urodynamique préalable - Des directives sur la garantie de la qualité doivent être remises à l'OFSP avant le 30.6.2004. 	1.1.2004 jusqu'au 31.12.2004
4 Pédiatrie, psychiatrie de l'enfant			
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
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
Traitement au laser de:			
- nævus télangiectasique	Oui		1.1.1993
- condylome acuminé	Oui		1.1.1993
- cicatrices d'acné	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
- chéloïde	Non		1.1.2004
Thérapie climatique au bord de la Mer Morte	Non		1.1.1997/ 1.1.2001
Balnéo-photothérapie ambulatoire	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
6 Ophthalmologie			
Traitement orthoptique	Oui	Par le médecin lui-même ou sous sa surveillance directe.	27.3.1969
Potentiels évoqués visuels dans le cadre d'examens ophtalmologiques spéciaux	Oui		15.11.1979
Biométrie par échographie oculaire avant opération de la cataracte	Oui		8.12.1983
Traitement au laser de:			
– rétinopathie diabétique	Oui		1.1.1993
– lésions rétiniennes (y compris ischémie rétinienne)	Oui		1.1.1993
– capsulotomie	Oui		1.1.1993
– trabéculotomie	Oui		1.1.1993
Correction de la myopie par laser excimer	Non		1.3.1995
Correction de la myopie par kératotomie radiaire	Non		1.3.1995
Correction de l'anisométrie par chirurgie réfractive	Oui	L'anisométrie ne peut pas être corrigée par le port de lunettes et il existe une intolérance aux lentilles de contact.	1.1.1997
Correction de la myopie par implantation de lentille intraoculaire	Non	En cours d'évaluation	1.1.2000
Grefte de membrane amniotique pour recouvrir des lésions cornéennes	Oui		1.1.2001
Thérapie photodynamique de la dégénérescence maculaire par perfusion de Verteporfine	Oui	En cours d'évaluation Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. Quatre traitements par an au maximum. Un registre d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts doit être tenu.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004 jusqu'au 31.12.2005
Dilatation par Lacri-Cath en cas de sténose du canal lacrymal	Non	En cours d'évaluation	1.1.2003
Ophtalmoscopie laser à balayage	Oui	– Contrôle du traitement d'un glaucome difficile à traiter, pour l'évaluation avant une intervention chirurgicale – Évaluation avant une intervention sur la rétine Examen dans le centre où doit être réalisée l'intervention.	1.1.2004

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
7 Oto-rhino-laryngologie			
Traitement des troubles du langage	Oui	Pratiqué par le médecin lui-même ou sous sa direction et sa surveillance directes (voir aussi les art. 10 et 11 OPAS).	23.3.1972
Aérosols soniques	Oui		7.3.1974
Traitement par oreille électronique selon la méthode Tomatis (audio-psycho-phonologie)	Non		18.1.1979
Prothèse vocale	Oui	Implantation pendant ou après une laryngectomie totale. Le remplacement d'une prothèse vocale implantée est une prestation obligatoire.	1.3.1995
Traitement au laser de:			
– papillomatose des voies respiratoires	Oui		1.1.1993
– résection de la langue	Oui		1.1.1993
Implant cochléaire pour le traitement d'une surdité bilatérale sans utilisation possible des restes d'audition	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. Pour les enfants atteints de surdité péri-linguale ou postlinguale et pour les adultes atteints de surdité tardive. Dans les centres suivants: hôpital cantonal universitaire de Genève, hôpitaux universitaires de Bâle, de Berne et de Zurich, hôpital cantonal de Lucerne. L'entraînement auditif dispensé dans le centre fait partie intégrante de la thérapie à prendre en charge.	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004
Implantation d'un appareil auditif par ancrage osseux percutané	Oui	– 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
Palatoplastie au laser vaporisant	Non		1.1.1997

Mesure	Obligationement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Lithotripsie de pyalolithes	Oui	Exécution dans un centre qui dispose de l'expérience correspondante (fréquence minimale: en moyenne 30 premiers traitements par année).	1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2001/ 1.1.2004
8 Psychiatrie			
Traitement de la toxicomanie			25.3.1971
– ambulatoire	Oui	Réduction des prestations possible en cas de faute grave de l'assuré	
– hospitalier	Oui		
Traitement de substitution en cas de dépendance aux opiacés	Oui	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respect des dispositions, directives et recommandations suivantes: <ol style="list-style-type: none"> a. concernant le traitement avec prescription de méthadone: rapport sur la méthadone «Utilisation d'un succédané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse» (troisième édition), 1995; b. concernant le traitement avec prescription de buprénorphine: «Recommandation de l'OFSP à l'intention des autorités cantonales de la santé relatives à l'utilisation de la buprénorphine (Subutex®) pour le traitement des personnes dépendantes des opiacés», janvier 2000; c. concernant le traitement avec prescription d'héroïne: les dispositions de l'ordonnance du 8 mars 1999 sur la prescription médicale d'héroïne (RS 812.121.6) et les directives et recommandations du manuel de l'OFSP «Traitement avec prescription d'héroïne; directives, recommandations, informations», septembre 2000; 2. La substance ou la préparation utilisées doivent figurer sur la liste des médicaments avec tarif (LMT) ou sur la liste des spécialités (LS) dans le groupe thérapeutique (IT) approuvé par Swissmedic. 3. Le traitement de substitution comprend les prestations suivantes: <ol style="list-style-type: none"> a. prestations médicales: 	1.1.2001

Mesure	Obligationnement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> – examen d'entrée, y compris anamnèse de la dépendance, examen psychique et somatique avec une attention particulière aux troubles liés à la dépendance et ayant causé la dépendance; – demandes d'informations supplémentaires (famille, partenaire, services de traitement précédents); – établissement du diagnostic et de l'indication; – établissement d'un plan thérapeutique; – procédure de demande d'autorisation et établissement de rapports à l'intention des assureurs; – mise en œuvre et exécution du traitement de substitution; – 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 la prescription; – adaptation du traitement et correspondance qui en résulte avec les autorités; – établissement de rapports à l'intention des autorités et des assureurs; – contrôle de la qualité; 	
		<p>b. prestations du pharmacien:</p> <ul style="list-style-type: none"> – fabrication de solutions orales selon la LMT, y compris contrôle de la qualité; – remise surveillée de la substance ou de la préparation; – tenue de la comptabilité concernant les substances actives et établissement de rapports destinés aux autorités; – établissement de rapports à l'intention du médecin responsable; – conseils. 	
		<p>4. La prestation doit être fournie par l'institution compétente selon le ch. 1.</p>	

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		5. Une rémunération forfaitaire est convenue pour le traitement de sub- stitution.	
Sevrage des opiacés ultra-court (SOUC) sous sédation profonde	Non		1.1.2001
Sevrage des opiacés ultra-court (SOUC) sous anesthésie générale	Non	En cours d'évaluation	1.1.1998
Sevrage des opiacés en traitement ambulatoire selon la méthode ESCAPE (Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement)	Non		1.1.1999
Psychothérapie de groupe	Oui	Selon les art. 2 et 3 OPAS.	25.3.1971/ 1.1.1996
Relaxation selon la méthode d'Ajuriaguerra	Oui	Dans le cabinet du médecin ou dans un hôpital sous surveillance directe du médecin.	22.3.1973
Thérapie par le jeu et la peinture chez l'enfant	Oui	Pratiquée par le médecin ou sous sa surveillance directe.	7.3.1974
Psychodrame	Oui	Selon les art. 2 et 3 OPAS.	13.5.1976/ 1.1.1996
Contrôle de la thérapie par vidéo	Non		16.2.1978
Musicothérapie	Non		11.12.1980
9 Radiologie			
<i>9.1 Radiodiagnostic</i>			
Tomographie axiale computérisée (CT-scan)	Oui	Pas d'examen de routine (screening)	15.11.1979
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 (syn- drome de malabsorption, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique). – Hyperparathyroïdie primaire (lorsque l'indication chirurgicale n'est pas nette). – Ostéogenèse imparfaite. Les coûts engendrés par la DEXA ne sont pris en charge que pour l'application de cette mesure à une seule région du corps.	1.3.1995 1.1.1999 1.3.1995

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		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.	
– par scanner total du corps	Non		1.3.1995
Ostéodensitométrie par CT périphérique quantitative (pQCT)	Non		1.1.2003
Echographie osseuse	Non		1.1.2003
Méthodes analytiques applicables au tissu osseux:			
– marqueurs de la résorption osseuse	Non		1.1.2003
– marqueurs de la formation osseuse	Non		1.1.2003

9.2 *Autres procédés d'imagerie*

Résonance magnétique nucléaire (IRM)	Oui		1.1.1999
Tomographie par émission de positrons (TEP)	Oui	En cours d'évaluation	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004 jusqu'au 31.12.2005
		1. Réalisation dans des centres qui remplissent les exigences de qualité selon les directives du 1 ^{er} juin 2000 de la Société suisse de médecine nucléaire (SSMN).	
		2. Pour les indications suivantes:	
		a. en cardiologie:	
		– suspicion d'«hibernation myocardique» après infarctus documenté par scintigraphie, échographie ou coronarographie, pour confirmer ou exclure une ischémie avant une intervention (PTCA/CABG) pour maladie coronarienne documentée des trois vaisseaux, par exemple après pontage en cas d'anatomie complexe des coronaires;	
		– comme mesure préopératoire avant une transplantation cardiaque;	
		b. en oncologie:	
		– lymphome malin: staging; diagnostic de tumeurs résiduelles et de récurrences;	

Mesure	Obligationnement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> – carcinome pulmonaire non à petites cellules et mélanome malin: staging; – tumeur des cellules germinales chez l'homme: staging; diagnostic de tumeur résiduelle après thérapie; – cancer colorectal: restaging en cas de suspicion fondée (p. ex., augmentation des marqueurs tumoraux), de récurrence locale, de métastases ganglionnaires ou à distance; diagnostic différentiel entre cicatrice et tumeur; diagnostic de tumeur résiduelle après thérapie; – cancer du sein: staging ganglionnaire; diagnostic de métastases à distance chez les patientes à risque élevé; – tumeurs de la sphère oesophagienne: staging; diagnostic de tumeurs résiduelles et de récurrences; – tumeurs de la sphère ORL: staging; diagnostic de tumeurs résiduelles et de récurrences; <p>c. en neurologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – évaluation préopératoire d'une tumeur cérébrale; – évaluation préopératoire pour chirurgie de revascularisation complexe en cas d'ischémie cérébrale; – évaluation d'une démence chez les patients de moins de 70 ans; – épilepsie focale résistante à la thérapie. <p>3. Les examens doivent être pratiqués dans le cadre de l'étude suisse sur l'effet (outcome) de la TEP sur le coût et le bénéfice dans la prise en charge des patients.</p>	
Magnéto-encéphalographie	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
<i>9.3 Radiologie interventionnelle</i>			
Irradiation thérapeutique par faisceau de pions	Non	En cours d'évaluation	1.1.1993
Irradiation thérapeutique par faisceau de protons	Oui	– Mélanomes intraoculaires	28.8.1986

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Irradiation thérapeutique par faisceau de protons	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <p>Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.</p> <p>Indications:</p> <ul style="list-style-type: none"> – tumeurs du crâne: chordome, chondrosarcome, tumeur ORL (p. ex. carcinome épidermoïde, adénocarcinome, adénocarcinome, carcinome mucoépidermoïde, esthésioneuroblastome, tumeurs rares telles que paragangliome ou hémangiopéricytome); – 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, lorsque la plus grande importance doit être attachée à la protection de l'organisme en croissance. <p>Exécution dans un centre qualifié qui dispose de l'infrastructure nécessaire, notamment:</p> <ul style="list-style-type: none"> – portique – application moderne du faisceau (p. ex. spot-scanning, IMPT) – accélérateur de protons – dispositif de sécurité technique poussé – radioprotection, surveillance de la radioactivité avec support technique – personnel spécialisé (médecins, physiciens, personnel non universitaire). <p>Le centre doit disposer de l'autorisation de pratiquer accordée par l'OFSP et avoir une expérience de plusieurs années en protonthérapie.</p> <p>Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.</p>	1.1.2002/ 1.7.2002 jusqu'au 31.12.2006
Radiochirurgie (LINAC, couteau gamma)	Oui	<p>Indications</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
	Non	En cours d'évaluation – Troubles fonctionnels	1.1.1996
Radiochirurgie par LINAC	Oui	– métastases cérébrales d'un volume maximum de 25 cm ³ 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 25 cm ³ 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 cm ³ 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 25 cm ³ 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
10. Médecine complémentaire			
Acupuncture	Oui	Pratiquée par des médecins dont la formation dans cette discipline est reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH)	1.7.1999
Médecine anthroposophique	Oui	En cours d'évaluation Pratiquée par des médecins dont la formation dans cette discipline est reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH)	1.7.1999 jusqu'au 30.6.2005
Médecine chinoise	Oui	En cours d'évaluation Pratiquée par des médecins dont la formation dans cette discipline est reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH)	1.7.1999 jusqu'au 30.6.2005
Homéopathie	Oui	En cours d'évaluation Pratiquée par des médecins dont la formation dans cette discipline est reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH)	1.7.1999 jusqu'au 30.6.2005

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Thérapie neurale	Oui	En cours d'évaluation Pratiquée par des médecins dont la formation dans cette discipline est reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH)	1.7.1999 jusqu'au 30.6.2005
Phytothérapie	Oui	En cours d'évaluation Pratiquée par des médecins dont la formation dans cette discipline est reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH)	1.7.1999 jusqu'au 30.6.2005

11. Réadaptation

Réadaptation hospitalière	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spé- ciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	1.1.2003
Réadaptation des patients souffrant de maladies cardio- vasculaires	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spé- ciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. <ul style="list-style-type: none"> – Patients ayant fait un infarctus du myocarde, avec ou sans PTCA – Patients ayant subi un pontage – Patients ayant subi d'autres interven- tions au niveau du cœur ou des gros vaisseaux – Patients après PTCA, en particulier après une période d'inactivité et/ou présentant de multiples facteurs de risque – Patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique et présentant de multiples facteurs de risque réfractai- res à la thérapie mais ayant une bonne espérance de vie – Patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique et d'une mau- vaise fonction ventriculaire. <p>La thérapie peut être pratiquée en ambu- latoire ou en hôpital dans une institution dirigée par un médecin. Le déroulement du programme, le personnel et l'infrastructure doivent correspondre aux indications formulées en 1990 par le Groupe de travail pour la réhabilitation cardiaque de la Société suisse de cardio- logie.</p>	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>Un traitement hospitalier est indiqué lorsqu'il existe:</p> <ul style="list-style-type: none">– un risque cardiaque élevé,– une insuffisance myocardique,– une comorbidité (diabète sucré, COPD, etc.).	
		<p>La durée du traitement ambulatoire est de deux à six mois selon l'intensité du traitement requis.</p>	
		<p>La durée du traitement hospitalier est en règle générale de 4 semaines, mais peut être, dans des cas peu compliqués, réduite à 2 ou 3 semaines.</p>	

*Annexe 2*¹²⁷
(art. 20)

Liste des moyens et appareils (LiMA)

¹²⁷ Non publiée au RO, cette annexe est applicable dans sa teneur du 1^{er} janv. 2004 (voir RO **2003** 5283 ch. III al. 2).

*Annexe 3*¹²⁸
(art. 28)

Liste des analyses

¹²⁸ Non publiée au RO, cette annexe est applicable dans sa teneur du 1^{er} mai 2004 (voir RO **2004** 2029).

*Annexe 4*¹²⁹
(art. 29)

Liste des médicaments avec tarif

¹²⁹ Non publiée au RO, cette annexe est applicable dans sa teneur du 1^{er} juillet. 2002 (voir RO **2002** 3013 ch. II let. b).