

# 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)<sup>1</sup>

du 29 septembre 1995 (Etat le 1<sup>er</sup> juillet 2019)

---

*Le Département fédéral de l'intérieur (DFI),*

vu les art. 33, 36, al. 1, 54, al. 2 à 4, 59a, 62, 65, al. 3, 65b, al. 3, 65f, al. 5, 65g, al. 3, 70a, 75, 77, al. 4, et 104a de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)<sup>2,3</sup>

*arrête:*

## **Titre 1      Prestations**

### **Chapitre 1**

#### **Prestations des médecins, des chiropraticiens et des pharmaciens<sup>4</sup>**

##### **Section 1      Prestations remboursées**

###### **Art. 1<sup>5</sup>**

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

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

RO 1995 4964

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

<sup>2</sup> RS 832.102

<sup>3</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015 (RO 2015 1359).

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

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

## Section 2 Psychothérapie pratiquée par un médecin

### Art. 2<sup>6</sup> Principe

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

<sup>2</sup> On entend par psychothérapie une forme de traitement qui:

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

### Art. 3<sup>7</sup> Prise en charge

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

### Art. 3a<sup>8</sup>

### Art. 3b<sup>9</sup> Procédure concernant la prise en charge en cas de poursuite d'une thérapie après 40 séances

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

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

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

<sup>7</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2009 (RO 2009 2821).

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

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

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

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

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

## Section 2a

### Limitation de la prise en charge pour des interventions électives<sup>10</sup>

#### Art. 3c<sup>11</sup>

<sup>1</sup> L'assurance prend en charge les coûts des interventions électives mentionnées à l'annexe 1a, ch. I, et effectuées en milieu stationnaire seulement si un traitement ambulatoire est inapproprié ou non économique en raison de circonstances particulières.

<sup>2</sup> Un traitement ambulatoire est réputé inapproprié ou non économique en raison de circonstances particulières lorsqu'un des critères énumérés à l'annexe 1a, ch. II, est rempli.

<sup>3</sup> Dans d'autres circonstances que celles énumérées à l'annexe 1a, ch. II, l'assureur doit donner préalablement une garantie spéciale. Il tient compte à cet égard des recommandations du médecin-conseil.

#### Art. 3d<sup>12</sup>

<sup>10</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 7 juin 2018, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2019 (RO **2018** 2361).

<sup>11</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 3 juil. 2006 (RO **2006** 2957). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 7 juin 2018, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2019 (RO **2018** 2361 2837).

<sup>12</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 3 juil. 2006 (RO **2006** 2957). Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, avec effet au 1<sup>er</sup> juil. 2009 (RO **2009** 2821).

## Section 3 Prestations prescrites par les chiropraticiens

### Art. 4

L'assurance prend en charge les analyses, les médicaments, les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques, les examens par imagerie ainsi que les prestations de physiothérapie, prescrits par les chiropraticiens, qui suivent:<sup>13</sup>

- a.<sup>14</sup> analyses:  
en application de l'art. 62, al. 1, let. b, OAMal, les analyses sont désignées séparément dans la liste des analyses;
- b.<sup>15</sup> médicaments:  
les spécialités pharmaceutiques des groupes thérapeutiques suivants de la liste des spécialités:<sup>16</sup>
  1. 01.01.10 (analgésiques antipyrétiques), 01.12 (myotonolytica: par voie orale uniquement),
  - 2.<sup>17</sup> 04.99 (gastroenterologica, varia: uniquement moyens servant à inhiber la sécrétion d'acide gastrique ou à protéger la muqueuse gastrique),
  3. 07.02.10 (mineralia), 07.02.20 (minéraux composés), 07.02.30 (vitamines simples), 7.07.02.40 (vitamines composées), 07.02.50 (autres associations),
  - 4.<sup>18</sup> 07.10.10 (anti-inflammatoires simples), 07.10.21 (anti-inflammatoires composés sans corticostéroïdes: uniquement associations d'anti-inflammatoires et de moyens servant à inhiber la sécrétion d'acide gastrique ou à protéger la muqueuse gastrique), 07.10.40 (préparations cutanées: uniquement celles contenant des produits actifs anti-inflammatoires),
  5. 57.10.10 (médecine complémentaire: anti-inflammatoires simples);
- c.<sup>19</sup> moyens et appareils:
  1. les produits du groupe 05. Bandages,
  2. les produits du groupe 09.02.01 Appareils de neurostimulation transcutanée électrique (TENS),
  3. les produits du groupe 16. Articles pour cryothérapie et/ou thermothérapie,

<sup>13</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

<sup>14</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 17 nov. 2003, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2004 (RO 2003 5283).

<sup>15</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 16 mai 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2014 (RO 2014 1251).

<sup>16</sup> Nouvelle teneur selon l'annexe 6 ch. II 5 de l'O du 21 sept. 2018 sur les médicaments, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2019 (RO 2018 3577).

<sup>17</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 6 juin 2019, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2019 (RO 2019 1931).

<sup>18</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 6 juin 2019, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2019 (RO 2019 1931).

<sup>19</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 juin 2013, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2013 (RO 2013 1925).

4. les produits du groupe 23. Orthèses,
  - 5.<sup>20</sup> les produits des groupes 34. et 35. Matériel de pansements;
- d.<sup>21</sup> examens par imagerie:
1. radiographie du squelette,
  2. scanner (CT) de la colonne vertébrale et des extrémités,
  3. résonance magnétique nucléaire (IRM) du squelette axial et des articulations périphériques,
  4. échographie de diagnostic,
  5. scintigraphie osseuse en trois phases;
- e.<sup>22</sup> prestations de physiothérapie selon l'art. 5.

## Section 4<sup>23</sup> Prestations fournies par les pharmaciens

### Art. 4a

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>20</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 28 nov. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avr. 2018 (RO 2017 7151).

<sup>21</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 10 juil. 2000 (RO 2000 2546). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 juin 2013, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2013 (RO 2013 1925).

<sup>22</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

<sup>23</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 3088).

## Section 5<sup>24</sup> Prestations de médecine complémentaire

### Art. 4b

L'assurance prend en charge les coûts des prestations des disciplines suivantes si les conditions ci-après sont remplies:

- a. acupuncture, si le médecin dispose d'un titre postgrade en acupuncture délivré conformément au programme de formation complémentaire du 1<sup>er</sup> juillet 2015 «Acupuncture et pharmacothérapie chinoise – MTC (ASA)» de l'Institut suisse pour la formation médicale continue et postgraduée (ISFM)<sup>25</sup>;
- b. médecine anthroposophique, si le médecin dispose d'un titre postgrade en médecine anthroposophique délivré conformément au programme de formation complémentaire du 1<sup>er</sup> janvier 1999 «Praticien(ne) pour une médecine élargie par l'anthroposophie (ASMOA)», révisé le 16 juin 2016, de l'ISFM<sup>26</sup>;
- c. pharmacothérapie de la médecine traditionnelle chinoise, si le médecin dispose d'un titre postgrade en médecine traditionnelle chinoise délivré conformément au programme de formation complémentaire du 1<sup>er</sup> juillet 2015 «Acupuncture et pharmacothérapie chinoise – MTC (ASA)» de l'ISFM<sup>27</sup>;
- d. homéopathie classique uniciste, si le médecin dispose d'un titre postgrade en homéopathie délivré conformément au programme de formation complémentaire du 1<sup>er</sup> janvier 1999 «Homéopathie (SSMH)», révisé le 10 septembre 2015, de l'ISFM<sup>28</sup>;
- e. phytothérapie, si le médecin dispose d'un titre postgrade en phytothérapie délivré conformément au programme de formation complémentaire du 1<sup>er</sup> juillet 2011 «Phytothérapie (SMGP)» de l'ISFM, révisé le 5 novembre 2015<sup>29</sup>.

## Chapitre 2 Prestations fournies sur prescription ou mandat médical

### Section 1 Physiothérapie

#### Art. 5

<sup>1</sup> Les prestations suivantes des physiothérapeutes, au sens des art. 46 et 47 OAMal ou des organisations, au sens de l'art. 52a OAMal, sont prises en charge lorsqu'elles sont fournies sur prescription médicale et dans le cadre du traitement de maladies

<sup>24</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 16 juin 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 2017 (RO 2017 3689).

<sup>25</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>26</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>27</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>28</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>29</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

musculosquelettiques ou neurologiques ou des systèmes des organes internes et des vaisseaux, pour autant que la physiothérapie permette de les traiter:<sup>30</sup>

- a. mesures relatives à l'examen et à l'évaluation physiothérapeutiques;
- b. mesures thérapeutiques, conseils et instruction:
  1. kinésithérapie active et passive,
  2. thérapie manuelle,
  3. physiothérapie détonifiante,
  4. physiothérapie respiratoire (y c. inhalations par aérosols),
  5. thérapie médicale d'entraînement,
  6. physiothérapie lymphologique,
  7. kinésithérapie dans l'eau,
  8. hippothérapie en cas de sclérose en plaques,
  9. physiothérapie cardio-vasculaire,
  - 10.<sup>31</sup> physiothérapie du plancher pelvien;
- c. mesures physiques:
  1. thérapie du chaud et du froid,
  2. électrothérapie,
  3. luminothérapie (ultraviolets, infrarouges, rayons colorés),
  4. ultrasons,
  5. hydrothérapie,
  6. massages musculaires et des tissus conjonctifs.<sup>32</sup>

<sup>1bis</sup> Les mesures visées à l'al 1, let. b, ch. 1, 3 à 5, 7 et 9 peuvent être appliquées individuellement ou en groupes.<sup>33</sup>

<sup>1ter</sup> La thérapie médicale d'entraînement débute par une introduction à l'entraînement pratiqué sur des appareils et se termine tout au plus dans les trois mois suivants. Elle prime sur un traitement physiothérapeutique individuel.<sup>34</sup>

<sup>2</sup> L'assurance prend en charge, par prescription médicale, au plus les coûts de neuf séances, le premier traitement devant intervenir dans les cinq semaines qui suivent la prescription médicale.<sup>35</sup>

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

<sup>30</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 27 oct. 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2010 (RO 2009 6083).

<sup>31</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 27 oct. 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2010 (RO 2009 6083).

<sup>32</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2009 (RO 2009 2821).

<sup>33</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2009 (RO 2009 2821).

<sup>34</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2009 (RO 2009 2821).

<sup>35</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2009 (RO 2009 2821).

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

<sup>5</sup> Pour les assurés qui ont droit jusqu'à l'âge de 20 ans aux prestations prévues à l'art. 13 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité<sup>37</sup>, la prise en charge des coûts en cas de poursuite d'une physiothérapie déjà commencée s'effectue, après l'âge de 20 ans, au sens de l'al. 4.<sup>38</sup>

## Section 2 Ergothérapie

### Art. 6

<sup>1</sup> 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.<sup>39</sup> elles sont effectuées dans le cadre d'un traitement psychiatrique.

<sup>2</sup> L'assurance prend en charge, par prescription médicale, au plus les coûts de neuf séances, le premier traitement devant intervenir dans les huit semaines qui suivent la prescription médicale.<sup>40</sup>

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

<sup>4</sup> Pour que, après un traitement équivalent à 36 séances, celui-ci continue à être pris en charge, le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et lui remettre une proposition dûment motivée. Le médecin-conseil propose de poursuivre ou non la thérapie aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure et à quel moment le prochain rapport doit être présenté.<sup>41</sup>

<sup>36</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2002 (RO **2002** 4253). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 déc. 2008, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO **2008** 6493).

<sup>37</sup> RS **831.20**

<sup>38</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 10 déc. 2008 (RO **2008** 6493). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2009 (RO **2009** 2821).

<sup>39</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO **1997** 564).

<sup>40</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2009 (RO **2009** 2821).

<sup>41</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2002 (RO **2002** 4253). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 déc. 2008, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO **2008** 6493).



<sup>5</sup> Pour les assurés qui ont droit jusqu'à l'âge de 20 ans aux prestations prévues à l'art. 13 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité<sup>42</sup>, la prise en charge des coûts en cas de poursuite d'une ergothérapie déjà commencée s'effectue, après l'âge de 20 ans, au sens de l'al. 4.<sup>43</sup>

### Section 3

#### Soins ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social<sup>44</sup>

##### Art. 7 Définition des soins

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

- a. infirmiers et infirmières (art. 49 OAMal);
- b. organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51 OAMal);
- c. établissements médico-sociaux (art. 39, al. 3, de la LF du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, LAMal<sup>45</sup>).<sup>46</sup>

<sup>2</sup> Les prestations au sens de l'al. 1 comprennent:<sup>47</sup>

- a.<sup>48</sup> l'évaluation, les conseils et la coordination:<sup>49</sup>
  1. évaluation des besoins du patient et de l'environnement de ce dernier; planification, en collaboration avec le médecin et le patient, des mesures nécessaires,
  2. conseils au patient ainsi que, le cas échéant, aux intervenants non professionnels pour les soins, en particulier quant à la manière de gérer les symptômes de la maladie, pour l'administration des médicaments ou pour l'utilisation d'appareils médicaux; contrôles nécessaires,
  - 3.<sup>50</sup> coordination des mesures et dispositions par des infirmières et infirmiers spécialisés en lien avec des complications dans des situations de soins complexes et instables;
- b. les examens et les traitements:

<sup>42</sup> RS 831.20

<sup>43</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 10 déc. 2008 (RO 2008 6493). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2009 (RO 2009 2821).

<sup>44</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

<sup>45</sup> RS 832.10

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

<sup>47</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO 2006 5769).

<sup>48</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO 2006 5769).

<sup>49</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2011 6487).

<sup>50</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2011 6487).

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.<sup>51</sup> préparation et administration de médicaments ainsi que documentation des activités qui leur sont associées,
  8. administration entérale ou parentérale de solutions nutritives,
  9. surveillance de perfusions, de transfusions ou d'appareils servant au contrôle et au maintien des fonctions vitales ou au traitement médical,
  10. rinçage, nettoyage et pansement de plaies (y compris les escarres et les ulcères) et de cavités du corps (y compris les soins pour trachéo-stomisés et stomisés), soins pédiécures pour les diabétiques,
  11. soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale, y compris la rééducation en cas d'incontinence,
  12. assistance pour des bains médicaux partiels ou complets, application d'enveloppements, cataplasmes et fangos,
  - 13.<sup>52</sup>soins destinés à la mise en œuvre au quotidien de la thérapie du médecin, tels que l'exercice de stratégies permettant de gérer la maladie et l'instruction pour la gestion des agressions, des angoisses et des idées paranoïaques,
  - 14.<sup>53</sup>soutien apporté aux malades psychiques dans des situations de crise, en particulier pour éviter les situations aiguës de mise en danger de soi-même ou d'autrui;
- c. les soins de base:
1. soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que: bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement; aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche; aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter,
  - 2.<sup>54</sup> mesures destinées à surveiller et à soutenir les malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie, telles que la planification et la

<sup>51</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2011 6487).

<sup>52</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO 2006 5769).

<sup>53</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO 2006 5769).

structuration de leurs journées de manière appropriée, l'établissement et la promotion des contacts sociaux par un entraînement ciblé et le soutien lors de l'utilisation d'aides à l'orientation et du recours à des mesures de sécurité.

<sup>2bis</sup> Les conditions suivantes doivent être remplies:

- a. les prestations visées à l'al. 2, let. a, ch. 3, doivent être fournies par une infirmière ou un infirmier (art. 49 OAMal) pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans la collaboration interdisciplinaire et la gestion des patients dans des réseaux;
- b. il appartient à une infirmière ou à un infirmier (art. 49 OAMal) pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans le domaine psychiatrique d'évaluer si des mesures telles que celles qui sont prévues à l'al. 2, let. b, ch. 13 et 14, et c, ch. 2, doivent être prises.<sup>55</sup>

<sup>2ter</sup> Les prestations peuvent être fournies de manière ambulatoire ou dans un établissement médico-social. Elles peuvent également être fournies exclusivement pendant le jour ou la nuit.<sup>56</sup>

<sup>3</sup> Sont réputées prestations de soins aigus et de transition au sens de l'art. 25a, al. 2, LAMal, les prestations mentionnées à l'al. 2, fournies par des personnes ou institutions au sens de l'al. 1, let. a à c, selon l'évaluation des soins requis prévue à l'al. 2, let. a, et à l'art. 8, après un séjour hospitalier et sur prescription d'un médecin de l'hôpital.<sup>57</sup>

#### **Art. 7a<sup>58</sup>** Montants

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

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

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

<sup>54</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2007 (RO 2006 5769).

<sup>55</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 20 déc. 2006 (RO 2006 5769). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2011 6487).

<sup>56</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

<sup>57</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 3 juil. 1997 (RO 1997 2039). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

<sup>58</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

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

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

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

#### **Art. 7b<sup>59</sup>**      Prise en charge des soins aigus et de transition

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

<sup>2</sup> Le canton de résidence verse sa part de la rémunération directement au fournisseur de prestations. Les modalités sont convenues entre le fournisseur de prestations et le canton de résidence. L'assureur et le canton de résidence peuvent convenir que le canton paie sa part à l'assureur et que ce dernier verse les deux parts au fournisseur de prestations. La facturation entre le fournisseur de prestations et l'assureur est réglée à l'art. 42 LAMal<sup>60</sup>.

#### **Art. 8<sup>61</sup>**      Prescription ou mandat médical et évaluation des soins requis

<sup>1</sup> 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.

<sup>59</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

<sup>60</sup> RS 832.10

<sup>61</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 3 juil. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2039).

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

<sup>3bis</sup> L'évaluation des soins aigus et de transition requis se fonde sur des critères uniformes. Les résultats sont inscrits sur un formulaire unique.<sup>62</sup>

<sup>4</sup> L'évaluation des soins requis dans les établissements médico-sociaux se fonde sur des besoins en soins requis (art. 9, al. 2). Le besoin en soins requis déterminé par le médecin tient lieu d'ordonnance ou de mandat médical.<sup>63</sup>

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> La durée de la prescription ou du mandat médical ne peut dépasser:

- a. trois mois lorsque le patient est atteint d'une maladie aiguë;
- b. six mois lorsque le patient est atteint d'une maladie de longue durée;
- c. deux semaines lorsque le patient nécessite des soins aigus et de transition.<sup>64</sup>

<sup>6bis</sup> L'attestation médicale qui justifie l'allocation pour impotence grave ou moyenne versée par l'assurance-vieillesse et survivants, par l'assurance-invalidité ou par l'assurance-accidents vaut comme prescription ou mandat médical de durée illimitée en ce qui concerne les prestations de soins nécessitées par l'impotence. Lorsque l'allocation est révisée, l'assuré doit communiquer le résultat du réexamen à l'assureur. Une prescription ou un mandat médical doit être établi à la suite de la révision de l'allocation pour impotent.<sup>65</sup>

<sup>7</sup> La prescription ou le mandat médical, selon l'al. 6, let. a et b, peuvent être renouvelés.<sup>66</sup>

#### **Art. 8a<sup>67</sup>** Procédure de contrôle et de conciliation

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

<sup>62</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

<sup>63</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

<sup>64</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

<sup>65</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 18 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2436).

<sup>66</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

<sup>67</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 3 juil. 1997 (RO 1997 2039). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

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

<sup>3</sup> La procédure sert à vérifier le bien-fondé de l'évaluation des soins requis et à contrôler l'adéquation et le caractère économique des prestations. Les prescriptions ou les mandats médicaux peuvent être examinés par le médecin-conseil (art. 57 LAMal<sup>68</sup>) 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<sup>69</sup> Facturation

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

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

#### Art. 9a<sup>70</sup>

### Section 3a<sup>71</sup> Conseils nutritionnels

#### Art. 9b<sup>72</sup>

<sup>1</sup> Les diététiciens et les organisations de diététique, au sens des art. 46, 50a et 52b OAMal, prodiguent, sur prescription ou sur mandat médical, des conseils diététiques aux assurés qui souffrent des maladies suivantes:<sup>73</sup>

- a.<sup>74</sup> troubles du métabolisme;
- b.<sup>75</sup> obésité (indice de masse corporelle de plus de 30) et affections qui découlent de la surcharge pondérale ou qui y sont associées;
- bbis.<sup>76</sup> obésité et surpoids dans le cadre de la «thérapie individuelle multiprofessionnelle structurée ambulatoire pour enfants et adolescents en surpoids ou atteints d'obésité» selon annexe 1, ch. 4;

<sup>68</sup> RS 832.10

<sup>69</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

<sup>70</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 18 sept. 1997 (RO 1997 2436). Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 24 juin 2009, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2011 (RO 2009 3527 6849 ch. I).

<sup>71</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 1997 (RO 1997 564).

<sup>72</sup> Anciennement art. 9a.

<sup>73</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 16 oct. 2012, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2013 (RO 2012 5829).

<sup>74</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 18 nov. 1998, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1999 (RO 1999 528).

<sup>75</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 6 déc. 2013, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2014 (RO 2013 5329).

- c. maladies cardio-vasculaires;
- d. maladies du système digestif;
- e. maladies des reins;
- f. états de malnutrition ou de dénutrition;
- g. allergies alimentaires ou réactions allergiques dues à l'alimentation.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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 3b<sup>77</sup> Conseils aux diabétiques

#### Art. 9c

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

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

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

<sup>3</sup> L'assurance prend en charge par prescription médicale au plus les coûts de dix séances de conseils. Pour que, après dix séances, celles-ci continuent à être prises en charge, le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et lui remettre une proposition dûment motivée. Le médecin-conseil propose de poursuivre ou non les conseils aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure.<sup>78</sup>

<sup>4</sup> 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.

<sup>76</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 6 déc. 2013, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2014 (RO 2013 5329).

<sup>77</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 18 nov. 1998, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1999 (RO 1999 528).

<sup>78</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2003 (RO 2002 4253).

## Section 4 Logopédie-orthophonie

### Art. 10 Principe

Les logopédistes-orthophonistes ou les organisations de 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:<sup>79</sup>

- 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

<sup>1</sup> L'assurance prend en charge, par prescription médicale, au plus douze séances de thérapie logopédique, le premier traitement devant intervenir dans les huit semaines qui suivent la prescription médicale.<sup>80</sup>

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

<sup>3</sup> 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.<sup>81</sup>

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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.

<sup>79</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2016, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO 2016 4933).

<sup>80</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 juin 2016, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 2016 (RO 2016 2537).

<sup>81</sup> Nouvelle teneur de la phrase selon le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO 1997 564).



## Section 5<sup>82</sup> Neuropsychologie

### Art. 11a

<sup>1</sup> L'assurance prend en charge les coûts des prestations diagnostiques fournies sur prescription médicale par des neuropsychologues au sens de l'art. 50b OAMal.

<sup>2</sup> Elle prend en charge, par prescription médicale, au plus les coûts de six séances. Deux prescriptions médicales au maximum sont possibles par année et par patient.

## Chapitre 3 Mesures de prévention

### Art. 12<sup>83</sup> Principe

L'assurance prend en charge les mesures médicales de prévention suivantes (art. 26 LAMal<sup>84</sup>):

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

<sup>82</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2016, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2017 (RO 2016 4933).

<sup>83</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 21 nov. 2007, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2008 (RO 2007 6839).

<sup>84</sup> RS 832.10

**Art. 12a<sup>85</sup>** Vaccinations prophylactiques

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

Mesure	Conditions
a. <sup>86</sup> Vaccination et rappels contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite; vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole	Selon le «Plan de vaccination suisse 2019» (Plan de vaccination 2019) <sup>87</sup> établi par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV).
b. <sup>88</sup> Vaccination contre <i>Haemophilus influenzae</i>	Selon le Plan de vaccination 2019, pour les enfants jusqu'à l'âge de 5 ans révolus.
c. <sup>89</sup> Vaccination contre l'influenza	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vaccination annuelle pour les personnes présentant un risque de complications élevé, selon le Plan de vaccination 2019.</li> <li>2. En cas de menace de pandémie d'influenza ou lors d'une pandémie d'influenza, pour les personnes pour lesquelles l'OFSP recommande une vaccination (conformément à l'art. 12 de l'ordonnance du 27 avril 2005 sur la pandémie d'influenza<sup>90</sup>).</li> </ol> <p>Aucune franchise n'est prélevée pour cette prestation. Une somme forfaitaire est accordée pour la vaccination (vaccin compris).</p>
d. <sup>91</sup> Vaccination contre l'hépatite B	<p>Selon le Plan de vaccination 2019.</p> <p>En cas d'indication professionnelle et de recommandation médicale aux voyageurs, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.</p>

<sup>85</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 21 nov. 2007 (RO **2007** 6839). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 juin 2013, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2013 (RO **2013** 1925).

<sup>86</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 16 janv. 2019, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2019 (RO **2019** 439).

<sup>87</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>88</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 6 juin 2019, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2019 (RO **2019** 1931).

<sup>89</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 6 juin 2019, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2019 (RO **2019** 1931).

<sup>90</sup> RS **818.101.23**

<sup>91</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 6 juin 2019, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2019 (RO **2019** 1931).

Mesure	Conditions
e. Vaccination passive avec Hépatites B-Immoglobuline	Pour les nouveau-nés de mères HbsAg-positives.
f. <sup>92</sup> Vaccination contre les pneumocoques	Selon le Plan de vaccination 2019, pour les enfants jusqu'à l'âge de 5 ans révolus.
g. <sup>93</sup> Vaccination contre les méningocoques	Selon le Plan de vaccination 2019. Les coûts ne sont pris en charge que pour les vaccinations effectuées à l'aide de vaccins autorisés pour le groupe d'âge concerné. En cas d'indication professionnelle ou de recommandation médicale aux voyageurs, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.
h. <sup>94</sup> Vaccination contre la tuberculose	Avec le vaccin BCG, selon le Plan de vaccination 2019.
i. <sup>95</sup> Vaccination contre l'encéphalite à tiques	Selon le Plan de vaccination 2019. En cas d'indication professionnelle, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.
j. <sup>96</sup> Vaccination contre la varicelle	Selon le Plan de vaccination 2019.
k. <sup>97</sup> Vaccination contre le papillomavirus humain	1. Selon le Plan de vaccination 2019: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. vaccination de base des filles de 11 à 15 ans révolus;</li> <li>b. vaccination des filles et des jeunes femmes de 15 à 27 ans révolus;</li> <li>c. vaccination complémentaire pour les garçons et les jeunes hommes de 11 à 27 ans révolus.</li> </ul>
<sup>92</sup>	Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 6 juin 2019, en vigueur depuis le 1 <sup>er</sup> juil. 2019 (RO <b>2019</b> 1931).
<sup>93</sup>	Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 6 juin 2019, en vigueur depuis le 1 <sup>er</sup> juil. 2019 (RO <b>2019</b> 1931).
<sup>94</sup>	Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 6 juin 2019, en vigueur depuis le 1 <sup>er</sup> juil. 2019 (RO <b>2019</b> 1931).
<sup>95</sup>	Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 6 juin 2019, en vigueur depuis le 1 <sup>er</sup> juil. 2019 (RO <b>2019</b> 1931).
<sup>96</sup>	Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 6 juin 2019, en vigueur depuis le 1 <sup>er</sup> juil. 2019 (RO <b>2019</b> 1931).
<sup>97</sup>	Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 6 juin 2019, en vigueur depuis le 1 <sup>er</sup> juil. 2019 (RO <b>2019</b> 1931).

Mesure	Conditions
	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Vaccination dans le cadre de programmes cantonaux de vaccination qui doivent satisfaire aux exigences minimales suivantes: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. l'information des groupes cibles et de leurs parents ou représentants légaux sur la disponibilité des vaccins et les recommandations de l'OFSP et de la CFV visées au ch. 1 est assurée;</li> <li>b. la vaccination complète est visée;</li> <li>c. les prestations et les obligations des responsables du programme, des médecins chargés de la vaccination et des assureurs-maladie sont définies;</li> <li>d. la collecte des données, le décompte, les flux d'information et les flux financiers sont réglés.</li> </ol> </li> <li>3. Aucune franchise n'est prélevée sur cette prestation. Une somme forfaitaire est accordée pour la vaccination (vaccin compris).</li> <li>4. La prise en charge du vaccin nonavalent est en cours d'évaluation; elle est limitée au 31 décembre 2022.</li> </ol>
1. <sup>98</sup> Vaccination contre l'hépatite A	<p>Selon le Plan de vaccination 2019.</p> <p>Pour les personnes suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pour les patients atteints d'une affection chronique du foie;</li> <li>– pour les enfants en provenance de pays à forte ou moyenne endémie qui vivent en Suisse et retournent dans leur pays d'origine pour un séjour temporaire;</li> <li>– pour les consommateurs de drogue par injection;</li> <li>– pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes en dehors d'une relation stable.</li> </ul>

<sup>98</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 6 juin 2019, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2019 (RO 2019 1931).

Mesure	Conditions
m. Vaccination contre la rage	<p>Vaccination post-expositionnelle dans les sept jours suivant l'exposition.</p> <p>En cas d'indication professionnelle et de recommandation médicale aux voyageurs, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.</p> <p>Vaccination post-expositionnelle, après une morsure par un animal enragé ou susceptible de l'être.</p> <p>En cas d'indication professionnelle la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.</p>

**Art. 12<sup>b</sup>99** Mesures visant la prophylaxie de maladies

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

Mesure	Conditions
a. Prophylaxie à la vitamine K	Chez les nouveau-nés (3 doses).
b. Prophylaxie du rachitisme à la vitamine D	Chez les enfants pendant leur première année.
c. <sup>100</sup> Prophylaxie VIH post-exposition	<p>Selon les recommandations de l'OFSP du 24 novembre 2014 (Bulletin de l'OFSP n° 48, 2014)<sup>101</sup>.</p> <p>En cas d'indication professionnelle, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.</p>
d. <sup>102</sup> Immunisation passive post-expositionnelle	<p>Selon les recommandations de l'OFSP et de la Commission suisse pour les vaccinations (directives et recommandations «Immunisation passive post-expositionnelle» d'octobre 2004)<sup>103</sup>.</p> <p>En cas d'indication professionnelle, la vaccination n'est pas prise en charge par l'assurance.</p>

<sup>99</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 21 nov. 2007, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2008 (RO 2007 6839).

<sup>100</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009 (RO 2009 2821). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 20 nov. 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2015 (RO 2014 4393).

<sup>101</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

---

Mesure	Conditions
e. <sup>104</sup> Mastectomie et / ou adnexectomie prophylactique	Chez les porteuses du gène BRCA1 ou BRCA2.

---

<sup>102</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 5 juin 2009 (RO **2009** 2821). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 31 mai 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2011 (RO **2011** 2669).

<sup>103</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>104</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO **2011** 6487).

**Art. 12c**<sup>105</sup> Examens concernant l'état de santé général

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

Mesure	Conditions
a. <sup>106</sup> Examen de bonne santé et de développement de l'enfant d'âge préscolaire	Selon les recommandations des «Checklists pour les examens de prévention», éditées par la Société suisse de pédiatrie (4 <sup>e</sup> édition, 2011 <sup>107</sup> ). Huit examens au maximum sont pris en charge.

**Art. 12d**<sup>108</sup> Mesures en vue du dépistage précoce de maladies chez certains groupes à risques

<sup>1</sup> L'assurance prend en charge les coûts des mesures suivantes en vue du dépistage précoce de maladies chez certains groupes à risques aux conditions ci-après:

Mesure	Conditions
a. <sup>109</sup> Test VIH	Pour les nourrissons de mères séropositives. Pour les autres personnes, selon la directive de l'OFSP «Dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins en présence de certaines pathologies (maladies évocatrices d'une infection à VIH)» du 18 mai 2015 <sup>110</sup> .
b. Coloscopie	En cas de cancer du côlon familial (au moins trois parents du premier degré atteints ou un avant l'âge de 30 ans).
c. Examen de la peau	En cas de risque élevé de mélanome familial (mélanome chez un parent au premier degré).
d. <sup>111</sup> Mammographie numérique, IRM du sein	1. <sup>112</sup> Pour les femmes présentant un risque modérément ou fortement

<sup>105</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 21 nov. 2007, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2008 (RO 2007 6839).

<sup>106</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 25 nov. 2016, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO 2016 4639).

<sup>107</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>108</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 21 nov. 2007, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2008 (RO 2007 6839).

<sup>109</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 16 janv. 2019, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2019 (RO 2019 439).

<sup>110</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>111</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 28 nov. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2018 (RO 2017 7151).

Mesure	Conditions
	<p>accru de cancer du sein en raison d'antécédents familiaux ou d'antécédents personnels comparables. Désignation du risque selon le document de référence de l'OFSP «Évaluation du risque» (état 2/2015)<sup>113</sup>.</p> <p>Pour déterminer si le risque est fortement accru, un conseil génétique au sens de la let. f doit être effectué. Indication, fréquence et méthode d'analyse adaptées en fonction du risque et de l'âge, selon le document de référence de l'OFSP «Schéma de surveillance» (état 2/2015)<sup>114</sup>. Un entretien explicatif et de conseil doit précéder le premier examen et être consigné.</p> <p>2. Pose de l'indication, entretien explicatif et de conseil, réalisation de surveillance ainsi que conseils et analyses supplémentaires en cas de résultats anormaux par un centre du sein certifié qui répond aux exigences du «Label de qualité pour les centres du sein» d'octobre 2015 de la Ligue suisse contre le cancer et de la Société suisse de sénologie<sup>115</sup>, rédigées d'après les recommandations «The requirements of a specialist Breast Centre» de la <i>European society of breast cancer specialists</i> publiées le 19 août 2013<sup>116</sup> ou d'après les critères «Erhebungsbogen Brustkrebszentren» de la Société allemande contre le cancer et de la Société allemande pour la sénologie publiés le 14 juillet 2016<sup>117</sup>. Subsidiairement, l'imagerie peut être</p>

<sup>112</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 6 juin 2019, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2019 (RO 2019 1931).

<sup>113</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>114</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>115</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>116</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>117</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).



Mesure	Conditions
e. Test de contracture musculaire in vitro concernant la détection d'une prédisposition pour l'hyperthermie maligne	<p>effectuée par un fournisseur de prestations qui collabore sur la base d'un contrat avec un centre du sein certifié.</p> <p>Si l'imagerie doit être effectuée dans un centre non reconnue, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p> <p>Chez les personnes ayant présenté lors d'une anesthésie un épisode laissant soupçonner une hyperthermie maligne et chez la parenté consanguine au premier degré des personnes pour lesquelles une hyperthermie maligne sous anesthésie est connue et une prédisposition pour l'hyperthermie maligne est documentée.</p> <p>Dans un centre reconnu par le European Malignant Hyperthermia Group.</p>
f. <sup>118</sup> Conseil génétique, pose d'indication pour des analyses génétiques et prescription des analyses de laboratoire associées conformément à la liste des analyses (LA) en cas de suspicion de prédisposition à un cancer héréditaire	<p>Chez les patients et leurs parents au premier degré présentant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– un syndrome héréditaire de cancer du sein ou de l'ovaire</li> <li>– une polypose colique ou une forme atténuée de polypose colique</li> <li>– un syndrome héréditaire de cancer colorectal sans polypose (syndrome HNPCC, hereditary non polyptic colon cancer)</li> <li>– un rétinoblastome.</li> </ul> <p>Par des médecins spécialisés en génétique médicale ou par des membres du «Network for Cancer Predisposition Testing and Counseling» du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer (SAKK) pouvant prouver leur collaboration technique avec un médecin spécialisé en génétique médicale.</p>

<sup>118</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2011 6487).

Mesure	Conditions
g. <sup>119</sup> Conseil génétique, pose d'indication pour des analyses génétiques et prescription des analyses de laboratoire associées conformément à la liste des analyses (LA) en cas de suspicion de prédisposition à une porphyrie (hépathique) aiguë (porphyrie aiguë intermittente, porphyrie variegata ou coproporphyrine héréditaire)	Pour les membres de la famille d'une personne souffrant de la maladie de façon avérée qui présentent un risque d'au moins 12,5 % d'hériter cette maladie génétique.

<sup>2</sup> Si l'attribution à un groupe de risque repose sur un certain degré de parenté avec une ou plusieurs personnes malades, celui-ci est déterminé sur la base de données anamnestiques au sens bio-médical.<sup>120</sup>

#### **Art. 12e<sup>121</sup>** Mesures de dépistage précoce de maladies dans toute la population

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

Mesure	Conditions
a. <sup>122</sup> Dépistage de: phénylcétonurie, galactosémie, déficit en biotinidase, syndrome adrénogénital, hypothyroïdie congénitale, déficit en acyl-CoA medium-chain-déhydrogénase (MCAD), fibrose kystique, acidurie glutarique de type 1, maladie du sirop d'érable, déficits immunitaires congénitaux sévères.	Pour les nouveau-nés. Analyses de laboratoire selon la liste des analyses (LA).

<sup>119</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 20 juin 2016, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 2016 (RO 2016 2537).

<sup>120</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 17 juin 2015, en vigueur depuis le 15 juil. 2015 (RO 2015 2197).

<sup>121</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 21 nov. 2007, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2008 (RO 2007 6839).

<sup>122</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 30 nov. 2018, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2019 (RO 2018 5085).

Mesure	Conditions
b. <sup>123</sup> Examen gynécologique, y compris les prélèvements de dépistage cytologiques cervico-vaginaux	Les deux premiers examens, y compris les prélèvements de dépistage cytologiques, sont réalisés annuellement puis tous les trois ans. Ce schéma est valable en cas de résultats normaux. Sinon, la fréquence des examens dépend de l'évaluation clinique.
c. <sup>124</sup> Mammographie de dépistage	Dès l'âge de 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 <sup>125</sup> . Aucune franchise n'est prélevée sur cette prestation.
d. <sup>126</sup> Dépistage du cancer du côlon	Tranche d'âge de 50 à 69 ans Méthodes: – analyse visant à détecter la présence de sang occulte dans les selles, tous les deux ans, analyses de laboratoire selon la liste des analyses (LA), coloscopie en cas de résultat positif, ou – coloscopie, tous les dix ans. Si l'analyse a lieu dans le cadre des programmes cantonaux genevois, grisons, jurassiens, neuchâtelois, uranais, vaudois, valaisan ou de l'arrondissement administratif du Jura bernois, aucune franchise n'est perçue pour cette prestation.

<sup>123</sup> Erratum du 19 juin 2018 (RO **2018** 2419).

<sup>124</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 6 juin 2019, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2019 (RO **2019** 1931).

<sup>125</sup> RS **832.102.4**

<sup>126</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 10 juin 2013 (RO **2013** 1925). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 6 juin 2019, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2019 (RO **2019** 1931).

## 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, LAMal<sup>127</sup>):

Mesure	Conditions
a. contrôles	
1. <sup>128</sup> lors d'une grossesse normale sept examens	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>première consultation</i>: anamnèse, examen gynécologique et clinique, conseils, examen des veines et recherche d'œdèmes des jambes; prescription des analyses de laboratoire nécessaires conformément à la liste des analyses (LA);</li> <li>– <i>consultations ultérieures</i>: contrôle de l'état de santé général, notamment du poids, de la tension artérielle et de la hauteur de l'utérus, examen urinaire et auscultation des bruits cardiaques fœtaux; prescription des analyses de laboratoire nécessaires conformément à la liste des analyses (LA); conseils généraux relatifs à la grossesse et plus précisément aux troubles liés à la grossesse.</li> <li>– Si les contrôles ont été faits exclusivement par des médecins, ceux-ci informent l'assurée que l'entretien de conseil avec une sage-femme visé à l'art. 14 est judicieux durant le deuxième trimestre.</li> </ul>
2. lors d'une grossesse à risque	renouvellement des examens selon l'évaluation clinique

<sup>127</sup> RS 832.10

<sup>128</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 25 nov. 2016, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO 2016 4639).

Mesure	Conditions
b. <sup>129</sup> contrôles ultrasonographiques	
1. <sup>130</sup> lors d'une grossesse normale: une échographie entre la 12 <sup>e</sup> et la 14 <sup>e</sup> semaine de grossesse; une échographie entre la 20 <sup>e</sup> et la 23 <sup>e</sup> semaine de grossesse.	Après un entretien approfondi d'explication et de conseil qui doit être consigné. Selon les «Recommandations pour les examens échographiques en cours de grossesse», de la Société suisse d'ultrasonographie en médecine (SSUM), section gynécologie et obstétrique, 3 <sup>e</sup> édition (2011) <sup>131</sup> . Seulement par des médecins avec attestation de formation complémentaire en ultrasonographie prénatale (SSUM). Seulement par des médecins avec attestation de formation complémentaire en ultrasonographie prénatale (SSUM).
2. lors d'une grossesse à risque	renouvellement des examens selon l'évaluation clinique Seulement par des médecins avec attestation de formation continue (AFC) en ultrasonographie prénatale.
b <sup>bis</sup> . <sup>132</sup> test du premier trimestre	Analyse prénatale du risque de trisomie 21, 18 et 13: en mesurant la clarté nucale par échographie (entre la 12 <sup>e</sup> et la 14 <sup>e</sup> semaine), par dosage de la PAPP-A et de la fraction libre de la bêta-hCG dans le sang maternel, sur la base d'autres facteurs liés au fœtus et à la mère. Information conformément à l'art. 16 et respect du droit à l'autodétermination au sens de l'art. 18 de la loi fédérale du 8 octobre 2004 sur l'analyse géné-

<sup>129</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 juin 2008, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 2008 (RO 2008 3553).

<sup>130</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2015, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5125).

<sup>131</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>132</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 17 juin 2015 (RO 2015 2197). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2015, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2016 (RO 2015 5125).

Mesure	Conditions
b <sup>ter</sup> . <sup>134</sup> test prénatal non invasif (TPNI)	<p>tique humaine (LAGH)<sup>133</sup>.</p> <p>Prescription seulement par des médecins avec attestation de formation complémentaire en ultrasonographie prénatale de la SSUM et certification complémentaire pour la mesure de la clarté nucale.</p> <p>Mesure de la clarté nucale seulement par des médecins avec attestation de formation complémentaire en ultrasonographie prénatale (SSUM). Analyses de laboratoire selon la liste des analyses (LA).</p> <p>Uniquement pour détecter une trisomie 21, 18 ou 13.</p> <p>À partir de la 12<sup>e</sup> semaine de grossesse.</p> <p>Chez les femmes enceintes dont le fœtus présente un risque de 1:1000 ou plus de trisomie 21, 18 ou 13.</p> <p>Évaluation du risque et pose de l'indication en cas de malformation du fœtus détectée pendant l'examen échographique, selon l'avis d'experts n° 52 du 14 mars 2018<sup>135</sup> de Gynécologie suisse rédigé par le groupe de travail de l'Académie de médecine fœto-maternelle et la Société suisse de génétique médicale.</p> <p>En cas de grossesse gémellaire, les TPNI par micro-réseau ou par polymorphisme mononucléotidique (SNP) sont exclus de la prise en charge des coûts par l'assurance. Après un entretien explicatif et de conseil conformément aux art. 14 et 15 LAGH et après obtention du consentement écrit de la femme</p>

<sup>133</sup> RS 810.12

<sup>134</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 17 juin 2015 (RO 2015 2197). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 16 janv. 2019, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2019 (RO 2019 439).

<sup>135</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

Mesure	Conditions
	<p>enceinte, dans le respect de son droit à l'autodétermination au sens de l'art. 18 LAGH.</p> <p>Prescription seulement par des spécialistes en gynécologie et obstétrique avec formation approfondie en médecine fœto-maternelle, par des spécialistes en génétique médicale ou par des médecins avec attestation de formation complémentaire en ultrasonographie prénatale de la SSUM.</p> <p>Analyses de laboratoire selon la liste des analyses (LA).</p> <p>Si le sexe du fœtus est déterminé pour des raisons techniques, cette information ne peut être communiquée avant la fin de la 12<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée.</p>
c. <sup>136</sup> examen pré-partum au moyen de la cardiotocographie	lors d'une grossesse à risque
d. <sup>137</sup> amniocentèse, prélèvement des villosités choriales, cordocentèse	<p>Après un entretien approfondi qui doit être consigné dans les cas suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pour confirmer un résultat positif chez les femmes enceintes dont le test de diagnostic prénatal non invasif (DPNI) laisse fortement supposer que le fœtus est atteint d'une trisomie 21, 18 ou 13 ou dont le test du premier trimestre indique qu'elles présentent un risque de 1:380 ou plus que le fœtus soit atteint d'une telle maladie;</li> <li>– pour les femmes enceintes chez lesquelles le résultat de l'échographie, l'anamnèse familiale ou toute autre raison laisse supposer un risque de 1:380 ou plus que le fœtus soit atteint d'une maladie due à des facteurs exclu-</li> </ul>

<sup>136</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 juin 2008, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 2008 (RO **2008** 3553).

<sup>137</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 17 juin 2015, en vigueur depuis le 15 juil. 2015 (RO **2015** 2197). Erratum du 15 sept. 2015 (RO **2015** 3147).

Mesure	Conditions
	<p>sivement génétiques;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– en cas de mise en danger du fœtus par une complication, une maladie de la femme enceinte, une maladie qui n'est pas due à des facteurs génétiques ou par des troubles du développement du fœtus;</li> </ul> <p>Prescription d'analyses génétiques seulement par des spécialistes en gynécologie et obstétrique avec formation approfondie en médecine fœto-maternelle, par des spécialistes en génétique médicale ou par des médecins avec attestation de formation complémentaire en ultrasonographie prénatale de la SSUM.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Analyses de laboratoire selon la liste des analyses (LA).</li> </ul>
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.
f. <sup>138</sup> contrôle après une fausse couche	<p>Après une fausse couche ou une interruption de grossesse médicalement indiquée à partir de la 13<sup>e</sup> jusqu'à la fin de la 23<sup>e</sup> semaine de grossesse.</p> <p>Anamnèse intermédiaire, statut gynécologique et clinique, conseils; analyses de laboratoire et contrôle ultrasonographique selon l'évaluation clinique. Contrôle ultrasonographique seulement par des médecins avec attestation de formation continue en ultrasonographie prénatale (SSUM).</p>

<sup>138</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 6 juin 2019, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2019 (RO 2019 1931).



**Art. 14**<sup>139</sup> Préparation à l'accouchement

L'assurance prend en charge une contribution de 150 francs:

- a. pour un cours individuel ou collectif de préparation à l'accouchement dispensé par une sage-femme ou par une organisation de sages-femmes, ou
- b. pour un entretien de conseil avec une sage-femme ou avec une organisation de sages-femmes en vue de la naissance, de la planification et de l'organisation de la période postnatale à domicile et de la préparation à l'allaitement.

**Art. 15** Conseils en cas d'allaitement

<sup>1</sup> Les conseils en cas d'allaitement (art. 29, al. 2, let. c, LAMal<sup>140</sup>) sont à la charge de l'assurance lorsqu'ils sont prodigués par une sage-femme, par une organisation de sages-femmes ou par une infirmière ou un infirmier ayant suivi une formation spéciale dans ce domaine.<sup>141</sup>

<sup>2</sup> Le remboursement est limité à trois séances.

**Art. 16**<sup>142</sup> Prestations des sages-femmes

<sup>1</sup> Les sages-femmes et les organisations de 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 ou l'organisation de sages-femmes peut effectuer sept examens de contrôle; elle est tenue de signaler à l'assurée qu'une consultation médicale est indiquée pendant le premier trimestre,
  2. lors d'une grossesse à risque, sans manifestation pathologique, la sage-femme ou l'organisation de sages-femmes collabore avec le médecin; lors d'une grossesse pathologique, la sage-femme ou l'organisation de sages-femmes effectue ses prestations selon la prescription médicale;

a<sup>bis</sup>.<sup>143</sup> un suivi consistant en des visites à domicile pour prodiguer des soins à l'assurée et surveiller son état de santé après une fausse couche ou une interruption de grossesse médicalement indiquée à partir de la 13<sup>e</sup> jusqu'à la fin de la 23<sup>e</sup> semaine de grossesse, aux conditions suivantes:

1. après la fausse couche ou l'interruption de grossesse, la sage-femme ou l'organisation peut effectuer dix visites à domicile au maximum,

<sup>139</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2016, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO 2016 4933).

<sup>140</sup> RS 832.10

<sup>141</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2016, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO 2016 4933).

<sup>142</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2016, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO 2016 4933).

<sup>143</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 6 juin 2019, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2019 (RO 2019 1931).

2. toute visite à domicile supplémentaire nécessite une ordonnance médicale;
- b. les prestations définies aux art. 13, let. c et e, 14 et 15;
- c. un suivi, consistant en des visites à domicile pour surveiller l'état de santé de la mère et de l'enfant et leur prodiguer des soins ainsi que pour soutenir, guider et conseiller la mère dans la manière de prendre soin de l'enfant et de le nourrir, aux conditions suivantes:
  1. durant les 56 jours suivant la naissance, la sage-femme ou l'organisation de sages-femmes peut effectuer seize visites à domicile au plus en cas de naissance prématurée, de naissance multiple, de premier enfant ou de césarienne ou dix visites à domicile au plus dans tous les autres cas,
  2. durant les 10 jours suivant la naissance, la sage-femme ou l'organisation de sages-femmes peut, en plus des visites à domicile visées au ch. 1, effectuer au maximum cinq fois une deuxième visite le même jour,
  3. une prescription médicale est requise pour des visites à domicile supplémentaires à celles visées aux ch. 1 et 2 ou pour les visites à effectuer après les 56 jours suivant la naissance.

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

<sup>3</sup> Elles peuvent prescrire, lors d'un examen de contrôle, un contrôle ultrasonographique conformément à l'art. 13, let. b.

## 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, LAMal<sup>144</sup>):

- 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,

<sup>144</sup> RS 832.10

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 maladies<sup>145</sup>

<sup>1</sup> 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, LAMal<sup>146</sup>):

- a.<sup>147</sup> 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,

<sup>145</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1999 (RO 1998 2923).

<sup>146</sup> RS 832.10

<sup>147</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1999 (RO 1998 2923).

3. hypoparathyroïdisme idiopathique,
  4. hypophosphatasie (rachitisme génétique dû à une résistance à la vitamine D);
- c. autres maladies:
1. polyarthrite chronique avec atteinte des maxillaires,
  2. maladie de Bechterew avec atteinte des maxillaires,
  3. arthropathies psoriasiques avec atteinte des maxillaires,
  4. maladie de Papillon-Lefèvre,
  5. sclérodermie,
  6. SIDA,
  7. maladies psychiques graves avec une atteinte consécutive grave de la fonction de mastication;
- d. maladies des glandes salivaires;
- e.<sup>148</sup> ...

<sup>2</sup> Les prestations mentionnées à l'al. 1 ne sont prises en charge que si l'assureur-maladie donne préalablement une garantie spéciale en tenant compte de la recommandation du médecin-conseil.<sup>149</sup>

**Art. 19**<sup>150</sup> Soins dentaires<sup>151</sup>

L'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires pour réaliser et garantir les traitements médicaux (art. 31, al. 1, let. c, LAMal<sup>152</sup>):

- a. lors du remplacement des valves cardiaques, de l'implantation de prothèses de revascularisation ou de shunt crânien;
  - b. lors d'interventions qui nécessiteront un traitement immuno-suppresseur de longue durée;
  - c. lors d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie d'une pathologie maligne;
  - d. lors d'endocardite;
- e.<sup>153</sup> en cas de syndrome de l'apnée du sommeil.

<sup>148</sup> Abrogée par le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 1999 (RO **1998** 2923).

<sup>149</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002 (RO **2002** 3013, **2005** 5021). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 28 nov. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2018 (RO **2017** 7151).

<sup>150</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1999 (RO **1998** 2923).

<sup>151</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 16 mai 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2014 (RO **2014** 1251).

<sup>152</sup> RS **832.10**

<sup>153</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 16 mai 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2014 (RO **2014** 1251).

**Art. 19a**<sup>154</sup> Infirmités congénitales

<sup>1</sup> L'assurance prend en charge les coûts des traitements dentaires occasionnés par les infirmités congénitales, au sens de l'al. 2, lorsque:<sup>155</sup>

- a. les traitements sont nécessaires après la 20<sup>e</sup> année;
- b. les traitements sont nécessaires avant la 20<sup>e</sup> année pour un assuré soumis à la LAMal<sup>156</sup> mais qui n'est pas assuré par l'assurance-invalidité fédérale.

<sup>2</sup> Les infirmités congénitales, au sens de l'al. 1, sont:

1. dysplasies ectodermiques;
2. maladies bulleuses congénitales de la peau (épidermolyse bulleuse héréditaire, acrodermatite entéropathique et pemphigus chronique bénin familial);
3. chondrodystrophie (p. ex.: achondroplasie, hypochondroplasie, dysplasie épiphysaire multiple);
4. dysostoses congénitales;
5. exostoses cartilagineuses, lorsqu'une opération est nécessaire;
6. hémihypertrophies et autres asymétries corporelles congénitales, lorsqu'une opération est nécessaire;
7. lacunes congénitales du crâne;
8. craniosynostoses;
9. malformations vertébrales congénitales (vertèbres très fortement cunéiformes, vertèbres soudées en bloc type Klippel-Feil, vertèbres aplasiques et vertèbres très fortement dysplasiques);
10. arthromyodysplasie congénitale (arthrogrypose);
11. dystrophie musculaire progressive et autres myopathies congénitales;
12. Myosite ossifiante progressive congénitale;
13. cheilo-gnatho-palatoschisis (fissure labiale, maxillaire, division palatine);
14. fissures faciales, médianes, obliques et transverses;
15. fistules congénitales du nez et des lèvres;
- 16.<sup>157</sup> proboscis lateralis;
- 17.<sup>158</sup> dysplasies dentaires congénitales, lorsqu'au moins douze dents de la seconde dentition après éruption sont très fortement atteintes et lorsqu'il est prévisible de les traiter définitivement par la pose de couronnes;

<sup>154</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO 1997 564).

<sup>155</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 4 juil. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2697).

<sup>156</sup> RS 832.10

<sup>157</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1998 2923).

<sup>158</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1998 2923).

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

- 28.<sup>159</sup> 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.<sup>160</sup> rétention ou ankylose congénitale des dents lorsque plusieurs molaires ou au moins deux prémolaires ou molaires de la seconde dentition placées l'une à côté de l'autre (à l'exclusion des dents de sagesse) sont touchées, l'absence de dents (à l'exclusion des dents de sagesse) est traitée de la même manière que la rétention ou l'ankylose;
29. kystes congénitaux du cou, fistules et fentes cervicales congénitales et tumeurs congénitales (cartilage de Reichert);
30. hémangiome caverneux ou tubéreux;
31. lymphangiome congénital, lorsqu'une opération est nécessaire;
32. coagulopathies et thrombocytopathies congénitales;
33. histiocytoses (granulome éosinophile, maladies de Hand – Schüller – Christian et de Letterer – Siwe);
34. malformations du système nerveux et de ses enveloppes (encéphalocèle, kyste arachnoïdien, myéломéningocèle, hydromyélie, méningocèle, mégalencéphalie, porencéphalie et diastématomyélie);
35. affections hérédito-dégénératives du système nerveux (p. ex.: ataxie de Friedreich, leucodystrophies et affections progressives de la substance grise, atrophies musculaires d'origine spinale ou neurale, dysautonomie familiale, analgésie congénitale);
36. épilepsies congénitales;
37. paralysies cérébrales congénitales (spastiques, athétosiques et ataxiques);
38. paralysies et parésies congénitales;
39. ptose congénitale de la paupière;
40. aplasie des voies lacrymales;
41. anophthalmie;
42. tumeurs congénitales de la cavité orbitaire;
43. atrésie congénitale de l'oreille, y compris l'antotie et la microtie;
44. malformations congénitales du squelette du pavillon de l'oreille;
45. troubles congénitaux du métabolisme des mucopolysaccharides et des glycoprotéines (p. ex.: maladie Pfaundler-Hurler, maladie de Morquio);

<sup>159</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2001 2150).

<sup>160</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998 (RO 1998 2923). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 2001, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2001 2150).

46. troubles congénitaux du métabolisme des os (p. ex.: hypophosphatasie, dysplasie diaphysaire progressive de Camurati-Engelmann, ostéodystrophie de Jaffé-Lichtenstein, rachitisme résistant au traitement par la vitamine D);
47. troubles congénitaux de la fonction de la glande thyroïde (athyroïde, hypothyroïde et crétinisme);
48. troubles congénitaux de la fonction hypothalamohypophysaire (nanisme hypophysaire, diabète insipide, syndrome de Prader-Willi et syndrome de Kallmann);
49. troubles congénitaux de la fonction des gonades (syndrome de Turner, malformations des ovaires, anorchie, syndrome de Klinefelter);
50. neurofibromatose;
51. angiomatose encéphalo-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<sup>161</sup> Principe

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

### Art. 20a<sup>162</sup> Liste des moyens et appareils

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

<sup>2</sup> Les moyens et appareils qui sont implantés dans le corps ou qui sont utilisés par les fournisseurs de prestations pratiquant à la charge de l'assurance obligatoire des soins selon l'art. 35, al. 2, LAMal<sup>163</sup> ne figurent pas sur la liste. Le remboursement est fixé dans les conventions tarifaires avec celui de l'examen ou du traitement correspondant.

<sup>161</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 28 juin 2007, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 2007 (RO 2007 3581).

<sup>162</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 28 juin 2007, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 2007 (RO 2007 3581).

<sup>163</sup> RS 832.10



<sup>3</sup> La liste des moyens et appareils n'est pas publiée au Recueil officiel du droit fédéral (RO) ni au Recueil systématique du droit fédéral (RS). Les modifications sont mises en ligne sur le site Internet de l'OFSP<sup>164</sup>. Une liste globale paraît en principe une fois par an<sup>165,166</sup>.

**Art. 21**<sup>167</sup> Annonce

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

**Art. 22** Conditions limitatives

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

**Art. 23** Exigences

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

**Art. 24** Remboursement

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

<sup>164</sup> [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch) > Assurances > Assurance-maladie > Prestations et tarifs > Liste des moyens et appareils (LiMA).

<sup>165</sup> La liste peut être obtenue auprès de l'Office fédéral des constructions et de la logistique (OFCL), Vente des publications fédérales, 3003 Berne.

<sup>166</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO **2011** 6487).

<sup>167</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 28 juin 2007, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2008 (RO **2007** 3581).

## Chapitre 7

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

#### Art. 25 Participation aux frais de cure balnéaire

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

#### Art. 26 Contribution aux frais de transport

<sup>1</sup> 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.

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

#### Art. 27 Contribution aux frais de sauvetage

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

## Chapitre 8 Analyses et médicaments

### Section 1 Liste des analyses

#### Art. 28<sup>168</sup>

<sup>1</sup> La liste mentionnée à l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 1, LAMal<sup>169</sup>, fait partie intégrante de la présente ordonnance, dont elle constitue l'annexe 3 intitulée «Liste des analyses» («LAna»).<sup>170</sup>

<sup>2</sup> La liste des analyses n'est pas publiée au RO ni au RS. Les modifications sont mises en ligne sur le site Internet de l'OFSP<sup>171</sup>. Une liste globale paraît en principe une fois par an<sup>172, 173</sup>

<sup>168</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 3 juil. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 1996 (RO 1996 2430).

<sup>169</sup> RS 832.10

<sup>170</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 10 juil. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2546).

<sup>171</sup> [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch) > Assurances > Assurance-maladie > Prestations et tarifs > Liste des analyses (LA).

<sup>172</sup> La liste peut être obtenue auprès de l'Office fédéral des constructions et de la logistique (OFCL), Vente des publications fédérales, 3003 Berne

<sup>173</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2011 6487).

## Section 2 Liste des médicaments avec tarif

### Art. 29<sup>174</sup>

<sup>1</sup> La liste prévue à l'art. 52, al. 1, let. a, ch. 2, LAMal<sup>175</sup>, fait partie intégrante de la présente ordonnance dont elle constitue l'annexe 4 portant le titre Liste des médicaments avec tarif (abrégé «LMT»).

<sup>2</sup> La liste des médicaments avec tarif n'est pas publiée dans le Recueil officiel des lois fédérales (RO) ni dans le Recueil systématique du droit fédéral (RS). Elle paraît en principe une fois par an et peut être commandée à l'Office fédéral des constructions et de la logistique (OFCL), Vente des publications fédérales, 3003 Berne<sup>176, 177</sup>

## Section 3 Liste des spécialités

### Art. 30 Principe

<sup>1</sup> Un médicament peut être admis sur la liste des spécialités:<sup>178</sup>

- a.<sup>179</sup> lorsque la preuve de son efficacité, de sa valeur thérapeutique et de son caractère économique est établie;
- b.<sup>180</sup> lorsqu'il est autorisé par l'Institut suisse des produits thérapeutiques (Swiss-med).<sup>181</sup>

<sup>2</sup> ...<sup>181</sup>

### Art. 30a<sup>182</sup> Demande d'admission

<sup>1</sup> Une demande d'admission dans la liste des spécialités doit notamment contenir:

- a.<sup>183</sup> pour les demandes visées à l'art. 31, al. 1, let. a et c, le préavis délivré par Swissmedic précisant l'autorisation qu'il entend donner ainsi que les indica-

<sup>174</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 fév. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 1996 (RO 1996 1232).

<sup>175</sup> RS 832.10

<sup>176</sup> La liste des médicaments avec tarif peut aussi être consultée soit à l'Office fédéral de la santé publique, Assurance-maladie et accident, 3003 Berne, soit à l'adresse Internet: [www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06492/06493/index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06492/06493/index.html?lang=fr)

<sup>177</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2002 (RO 2002 3013).

<sup>178</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2002 (RO 2002 3013).

<sup>179</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 3088).

<sup>180</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015 (RO 2015 1359).

<sup>181</sup> Abrogé par le ch. II 2 de l'O du DFI du 26 oct. 2001, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2002 (RO 2001 3397).

<sup>182</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2002 (RO 2002 3013). Voir aussi les disp. trans. de la mod. du 21 mars 2012 à la fin du texte.

tions et les dosages qui seront autorisés, la décision d'autorisation et l'attestation d'autorisation de Swissmedic, si celles-ci sont déjà disponibles, ainsi que la version définitive de la notice destinée aux professions médicales;

- a<sup>bis</sup>.<sup>184</sup> pour les demandes visées à l'art. 31, al. 2, la décision d'autorisation et l'attestation d'autorisation de Swissmedic ainsi que la version définitive de la notice destinée aux professions médicales;
- b. la notice destinée aux professions médicales qui a été fournie à Swissmedic;
- b<sup>bis</sup>.<sup>185</sup> dans le cas des préparations originales qui sont protégées par un brevet les numéros des brevets et des certificats complémentaires de protection, avec la date d'expiration;
- c.<sup>186</sup> si le médicament est déjà autorisé à l'étranger, les indications approuvées à l'étranger;
- d. le résumé de la documentation sur les études cliniques qui a été fournie à Swissmedic;
- e. les études cliniques les plus importantes;
- f.<sup>187</sup> les prix de fabrique dans tous les pays de référence visés à l'art. 34a<sup>bis</sup>, al. 1;
- g.<sup>188</sup> ...

<sup>2</sup> 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. 31**<sup>189</sup> Procédure d'admission

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

- a.<sup>190</sup> des demandes d'admission d'une préparation originale dans la liste des spécialités;

<sup>183</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO 2017 633).

<sup>184</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO 2017 633).

<sup>185</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 26 avr. 2006, en vigueur depuis le 10 mai 2006 (RO 2006 1757).

<sup>186</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO 2017 633).

<sup>187</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO 2017 633).

<sup>188</sup> Abrogée par le ch. I de l'O du DFI du 8 mai 2013, avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2013 (RO 2013 1357).

<sup>189</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015 (RO 2015 1359).

<sup>190</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO 2017 633).

- b. des demandes d'augmentation de prix visées à l'art. 67, al. 2, OAMal;
- c. des demandes et des conséquences des communications visées à l'art. 65f OAMal.

<sup>2</sup> Il décide sans consulter la CFM:

- a.<sup>191</sup> des demandes d'admission de nouvelles formes galéniques pour les médicaments qui figurent déjà sur la liste des spécialités, pour autant que les indications du médicament ne doivent pas être modifiées;
- a<sup>bis</sup>.<sup>192</sup> des demandes d'admission de nouvelles tailles d'emballage ou de nouveaux dosages pour les médicaments qui figurent déjà sur la liste des spécialités, pour autant que les indications du médicament ne doivent pas être modifiées;
- b. des demandes d'admission de médicaments qui ont fait l'objet d'une demande d'un deuxième requérant auprès de Swissmedic au sens de l'art. 12 de la loi du 15 décembre 2000 sur les produits thérapeutiques<sup>193</sup> et dont la préparation originale figure déjà sur la liste des spécialités;
- c. des demandes d'admission de médicaments en co-marketing dont la préparation de base figure déjà sur la liste des spécialités.

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

<sup>4</sup> Lorsqu'elle est consultée, la CFM émet une recommandation.

#### **Art. 31a**<sup>194</sup> Procédure rapide d'admission

<sup>1</sup> Si Swissmedic a accepté une procédure rapide d'autorisation au sens de l'art. 7 de l'ordonnance du 21 septembre 2018 sur les médicaments<sup>195</sup>, l'OFSP lance une procédure rapide d'admission.

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

<sup>191</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO 2017 633).

<sup>192</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO 2017 633).

<sup>193</sup> RS 812.21

<sup>194</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002 (RO 2002 3013). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015 (RO 2015 1359).

<sup>195</sup> RS 812.212.21. Le renvoi a été adapté en application de l'art. 12 al. 2 de la Loi du 18 juin 2004 sur les publications officielles (RS 170.512), avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2019.

**Art. 31<sup>b196</sup>** Durée de la procédure d'admission dans la liste des spécialités

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

**Art. 32<sup>197</sup>** 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. 33<sup>198</sup>** Valeur thérapeutique

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.<sup>199</sup>

**Art. 34<sup>200</sup>****Art. 34a<sup>201</sup>** Admission de nouvelles tailles d'emballage ou de nouveaux dosages

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

**Art. 34a<sup>bis 202</sup>** Comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger: pays de référence et objet de la comparaison

<sup>1</sup> Le caractère économique est évalué sur la base d'une comparaison avec les prix pratiqués en Allemagne, au Danemark, en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas, en France, en Autriche, en Belgique, en Finlande et en Suède. La comparaison peut être

<sup>196</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015 (RO **2015** 1359).

<sup>197</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2002 (RO **2002** 3013).

<sup>198</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO **2000** 3088).

<sup>199</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2002 (RO **2002** 3013).

<sup>200</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO **2017** 633).

<sup>201</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 21 oct. 2015 (RO **2015** 4189). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO **2017** 633).

<sup>202</sup> Anciennement art. 34a. Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015 (RO **2015** 1359).

établie avec d'autres pays ayant des structures économiques comparables dans le domaine pharmaceutique, pour autant que le prix de fabrique, le prix de revient pour les pharmacies ou le prix de gros soit public.

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

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

**Art. 34b<sup>203</sup>** Comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger: marges des grossistes et rabais imposés aux fabricants

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

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

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

- a. pour les préparations originales: 7 %, déduction faite de la TVA;
- b. pour les génériques et les préparations originales dont le brevet a expiré: 16 %, déduction faite de la TVA.<sup>204</sup>

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

**Art. 34c<sup>205</sup>** Comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger: calcul et communication du prix de fabrique des pays de référence

<sup>1</sup> Le titulaire de l'autorisation communique à l'OFSP le prix de fabrique des pays de référence. Il le fait attester par le titulaire de l'autorisation dans le pays de référence,

<sup>203</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015 (RO 2015 1359).

<sup>204</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO 2017 633).

<sup>205</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015 (RO 2015 1359).

par une autorité compétente ou par une association compétente. L'OFSP définit dans des directives les sources d'information déterminantes s'il n'est pas possible de déterminer clairement le prix de fabrication, le prix de revient pour les pharmacies ou le prix de gros ou que le titulaire de l'autorisation refuse de lui communiquer les prix concernés.

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

**Art. 34d<sup>206</sup>** Réexamen des conditions d'admission tous les trois ans: répartition des médicaments<sup>207</sup>

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

<sup>1bis</sup> Les groupes IT sont répartis dans les blocs suivants, conformément à l'art. 65d, al. 1, OAMal:

a. bloc A:

1. gastroenterologica (04),
2. métabolisme (07),
3. antidotes (15),
4. échangeurs de cations (16),
- 5.<sup>208</sup> ...
6. gastroenterologica (médecines complémentaires) (54),
7. métabolisme (médecines complémentaires) (57);

b. bloc B:

1. systèmes nerveux (01),
2. reins et solutions de substitution (05),
3. sang (06),
4. dermatologica (10),
5. odontostomatologica (13),
6. diagnostica (14),
7. systèmes nerveux (médecines complémentaires) (51),
8. reins et solutions de substitution (médecines complémentaires) (55),
9. sang (médecines complémentaires) (56),
10. dermatologica (médecines complémentaires) (60);

<sup>206</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015 (RO **2015** 1359). Voir disp. trans. des mod. des 29 avr. 2015, 21 oct. 2015 et 1<sup>er</sup> fév. 2017 à la fin du texte.

<sup>207</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO **2017** 633).

<sup>208</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO **2017** 633).



## c. bloc C:

1. cœur et circulation (02),
2. système respiratoire (03),
3. maladies infectieuses (08),
4. gynaeologica (09),
5. ophtalmologica (11),
6. oto-rhinolaryngologica (12),
7. cœur et circulation (médecines complémentaires) (52),
8. système respiratoire (médecines complémentaires) (53),
9. maladies infectieuses (médecines complémentaires) (58),
10. gynaeologica (médecines complémentaires) (59),
11. ophtalmologica (médecines complémentaires) (61),
12. oto-rhinolaryngologica (médecines complémentaires) (62).<sup>209</sup>

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

- a.<sup>210</sup> préparations originales dont le prix a été réexaminé depuis le dernier réexamen du caractère économique en raison d'une extension des indications ou d'une modification ou suppression d'une limitation conformément à l'art. 65f, al. 4, OAMal; l'OFSP procède au réexamen de ces préparations originales au plus tôt au cours de la deuxième année qui suit le dernier réexamen du prix;
- b. préparations originales qui figurent sur la liste des spécialités depuis moins de treize mois au 1<sup>er</sup> janvier de l'année du réexamen.

**Art. 34**<sup>e211</sup> Réexamen des conditions d'admission tous les trois ans: comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger

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

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

- a. les prix de fabrique pratiqués dans tous les pays de référence au 1<sup>er</sup> janvier de l'année du réexamen, attestés par une personne autorisée à représenter le titulaire à l'étranger, une autorité compétente ou une association compétente;

<sup>209</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 21 oct. 2015, en vigueur depuis le 15 nov. 2015 (RO 2015 4189).

<sup>210</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO 2017 633).

<sup>211</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015 (RO 2015 1359). Voir disp. trans. des mod. du 29 avr. 2015 et du 1<sup>er</sup> fév. 2017 à la fin du texte.

- b. lors du premier réexamen, le nombre d'emballages de la préparation originale vendus en Suisse depuis l'admission dans la liste des spécialités, indiqué séparément pour chaque forme commercialisée.

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

<sup>4</sup> ...212

**Art. 34f**<sup>213</sup> Réexamen des conditions d'admission tous les trois ans: comparaison thérapeutique

<sup>1</sup> Lors de la comparaison thérapeutique au sens de l'art. 65b, al. 2, let. b, OAMal, les préparations originales prises en compte sont celles qui figurent sur la liste des spécialités au moment du réexamen et qui sont utilisées pour traiter la même maladie.

<sup>2</sup> Le titulaire de l'autorisation fournit à l'OFSP, au plus tard le 15 février de l'année du réexamen, le résultat de la comparaison thérapeutique comprenant les prix de fabrique pratiqués au 1<sup>er</sup> janvier de l'année du réexamen et toutes les données utilisées pour procéder à cette comparaison.

<sup>3</sup> L'OFSP prend en compte les modifications des données nécessaires à la comparaison thérapeutique et des prix de fabrique des préparations de comparaison intervenues jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet de l'année de réexamen.

**Art. 34g**<sup>214</sup> Réexamen des conditions d'admission tous les trois ans: réexamen de l'efficacité des génériques

Dans le cadre du réexamen visé à l'art. 34d, al. 1, les génériques sont réputés économiques si leur prix de fabrique est inférieur aux prix de fabrique des préparations originales correspondantes au 1<sup>er</sup> décembre de l'année du réexamen, plus précisément:

- a. s'il leur est inférieur d'au moins 10 % et que le volume du marché suisse de la préparation originale, de son médicament en co-marketing et de son générique ne dépasse pas 4 millions de francs par an en moyenne pour chaque forme commerciale durant les trois années précédant l'année du réexamen;
- b. s'il leur est inférieur d'au moins 15 % et que le volume du marché suisse de la préparation originale, de son médicament en co-marketing et de son générique

<sup>212</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO 2017 633).

<sup>213</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015 (RO 2015 1359). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO 2017 633). Voir disp. trans. de cette mod. à la fin du texte.

<sup>214</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015 (RO 2015 1359). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO 2017 633). Voir disp. trans. de cette mod. à la fin du texte.

rique se situe entre 4 et 8 millions de francs par an en moyenne pour chaque forme commerciale durant les trois années précédant l'année du réexamen;

- c. s'il leur est inférieur d'au moins 25 % et que le volume du marché suisse de la préparation originale, de son médicament en co-marketing et de son générique se situe entre 8 et 16 millions de francs par an en moyenne pour chaque forme commerciale durant les trois années précédant l'année du réexamen;
- d. s'il leur est inférieur d'au moins 30 % et que le volume du marché suisse de la préparation originale, de son médicament en co-marketing et de son générique se situe entre 16 et 25 millions de francs par an en moyenne pour chaque forme commerciale durant les trois années précédant l'année du réexamen;
- e. s'il leur est inférieur d'au moins 35 % et que le volume du marché suisse de la préparation originale, de son médicament en co-marketing et de son générique dépasse 25 millions de francs par an en moyenne pour chaque forme commerciale pendant les trois années précédant l'année du réexamen.

**Art. 34<sup>h</sup>**<sup>215</sup> Réexamen des conditions d'admission tous les trois ans: volume et moment de la baisse du prix de fabrique

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

<sup>2</sup> L'OFSP abaisse le prix de fabrique d'un médicament avec effet au 1<sup>er</sup> décembre de l'année du réexamen.<sup>216</sup>

**Art. 35<sup>217</sup>** Mesure extraordinaire pour endiguer la hausse des coûts

Toute augmentation de prix fondée sur l'art. 67, al. 2, OAMal est exclue. L'OFSP peut autoriser, à titre exceptionnel, une augmentation de prix afin que la couverture des besoins en soins de la population suisse soit assurée s'il n'y a pas d'autre solution thérapeutique.

**Art. 35a<sup>218</sup>**

**Art. 35b<sup>219</sup>**

<sup>215</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015 (RO 2015 1359). Voir disp. trans. de cette mod. à la fin du texte.

<sup>216</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO 2017 633).

<sup>217</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 28 nov. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2018 jusqu'au 31 déc. 2019 (RO 2017 7151, 2018 5085).

<sup>218</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000 (RO 2000 3088). Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2015 (RO 2015 1359). Teneur du 28 nov. 2017 en vigueur du 1<sup>er</sup> janv. au 31 déc. 2018 (RO 2017 7151).

**Art. 35c**<sup>220</sup>**Art. 36** Evaluation du caractère économique au cours des 15 premières années<sup>221</sup>

<sup>1</sup> Les médicaments qui font l'objet d'une demande d'augmentation de prix sont soumis à un réexamen de l'OFSP destiné à vérifier que les conditions d'admission fixées à l'art. 67, al. 2, OAMal sont toujours remplies.<sup>222</sup>

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

<sup>3</sup> La CFM peut demander à l'OFSP de supprimer complètement ou en partie la prime à l'innovation si les conditions qui en avaient déterminé l'octroi ne sont plus remplies.<sup>223</sup>

**Art. 37**<sup>224</sup> Réexamen des conditions d'admission à l'expiration du brevet

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

**Art. 37a**<sup>225</sup> Extension des indications ou modification de la limitation: documents à fournir

Si le titulaire de l'autorisation demande une modification de la limitation ou qu'il communique une modification de l'indication d'une préparation originale conformément à l'art. 65f OAMal, il doit fournir à l'OFSP les documents visés à l'art. 30a.

<sup>219</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002 (RO **2002** 3013). Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2015 (RO **2015** 1359). Voir aussi les disp. trans. de la mod. du 30 juin 2010 à la fin du texte.

<sup>220</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 30 juin 2010 (RO **2010** 3249). Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2015 (RO **2015** 1359). Voir aussi les disp. trans. de cette mod. à la fin du texte.

<sup>221</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 avr. 2006, en vigueur depuis le 10 mai 2006 (RO **2006** 1757).

<sup>222</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO **2017** 633).

<sup>223</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 8 mai 2013, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2013 (RO **2013** 1357).

<sup>224</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015 (RO **2015** 1359).

<sup>225</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 26 avr. 2006 (RO **2006** 1757). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO **2017** 633).

**Art. 37b**<sup>226</sup> Restriction de l'indication

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

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

<sup>2</sup> L'OFSP peut informer la CFM de la restriction d'une indication et exiger d'autres documents du titulaire de l'autorisation.<sup>227</sup>

**Art. 37c**<sup>228</sup>**Art. 37d**<sup>229</sup> Etendue et moment des réexamens

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

<sup>2</sup> ...<sup>230</sup>

**Art. 37e**<sup>231</sup> Remboursement de l'excédent de recettes

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

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

<sup>226</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 26 avr. 2006 (RO **2006** 1757). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015 (RO **2015** 1359).

<sup>227</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO **2017** 633).

<sup>228</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 26 avr. 2006 (RO **2006** 1757). Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 24 sept. 2007, avec effet au 1<sup>er</sup> oct. 2007 (RO **2007** 4443 4633).

<sup>229</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 26 avr. 2006, en vigueur depuis le 10 mai 2006 (RO **2006** 1757).

<sup>230</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2015 (RO **2015** 1359).

<sup>231</sup> Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 29 avr. 2015, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015 (RO **2015** 1359).

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

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

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> Si le titulaire de l'autorisation abaisse de son propre chef avant le 1<sup>er</sup> décembre de l'année du réexamen le prix de fabrique de sa préparation originale au niveau du prix de fabrique déterminé à l'art. 65b OAMal, il communique à l'OFSP le prix de fabrique des pays de référence au moment de la demande de baisse volontaire du prix. Si cette baisse a lieu au cours des 18 premiers mois suivant l'admission de la préparation originale dans la liste des spécialités, le titulaire de l'autorisation n'est pas tenu de rembourser l'excédent de recettes, en dérogation à l'art. 67a, al. 1, OAMal.<sup>232</sup>

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

<sup>232</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO 2017 633).

**Art. 38**<sup>233</sup> Part relative à la distribution

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

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

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

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

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

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

**Section 4**<sup>234</sup> Quote-part des médicaments**Art. 38a**<sup>235</sup>

<sup>1</sup> La quote-part s'élève à 20 % des coûts dépassant la franchise pour les médicaments dont le prix de fabrique est au moins 10 % supérieur à la moyenne des prix de fabrique du tiers le plus avantageux de tous les médicaments composés des mêmes substances actives et figurant sur la liste des spécialités.

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

<sup>233</sup> Anciennement art. 35a. Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000 (RO 2000 3088). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> juil. 2009, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 2009 (RO 2009 4251).

<sup>234</sup> Introduite par le ch. I de l'O du DFI du 9 nov. 2005, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2006 (RO 2006 23).

<sup>235</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 1<sup>er</sup> fév. 2017, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017 (RO 2017 633).

<sup>3</sup> La détermination de la moyenne du tiers le plus avantageux a lieu le 1<sup>er</sup> décembre ou après l'inscription du premier générique sur la liste des spécialités.

<sup>4</sup> Si le titulaire de l'autorisation abaisse pour un médicament le prix de fabrique au-dessous de la moyenne des prix de fabrique du tiers le plus avantageux de tous les médicaments composés des mêmes substances actives de sorte qu'une quote-part de 10 % s'applique, le prix de tous les emballages doit être abaissé du même pourcentage par dosage pour chaque forme commercialisée.

<sup>5</sup> Si, pour une préparation originale ou un médicament en co-marketing, le titulaire de l'autorisation abaisse en une fois pour tous les emballages, après l'échéance du brevet, le prix de fabrique au niveau du prix du générique conformément à l'art. 65c, al. 2, OAMal, une quote-part de 10 % des coûts supérieurs à la franchise s'applique à ce médicament durant les 24 premiers mois à compter de la baisse du prix.

<sup>6</sup> L'al. 1 n'est pas applicable lorsque le médecin ou le chiropraticien prescrit expressément, pour des raisons médicales, une préparation originale ou lorsque le pharmacien rejette un produit de substitution pour les mêmes raisons.

<sup>7</sup> Le médecin ou le chiropraticien et le pharmacien informent le patient lorsqu'au moins un générique interchangeable avec la préparation originale figure dans la liste des spécialités.

## **Titre 2 Conditions du droit de fournir des prestations**

### **Chapitre 1 ...**

**Art. 39**<sup>236</sup>

### **Chapitre 2 Ecoles de chiropratique**

**Art. 40**<sup>237</sup>

Les écoles de chiropratique reconnues au sens de l'art. 44, al. 1, let. a, OAMal sont précisées à l'art. 1 de l'ordonnance du DFI du 20 août 2007 sur les filières d'études de chiropratique reconnues offertes par des hautes écoles universitaires étrangères<sup>238</sup>.

<sup>236</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 2 juil. 2002, avec effet au 1<sup>er</sup> juil. 2002 (RO **2002** 3013).

<sup>237</sup> Nouvelle teneur selon l'art. 2 de l'O du DFI du 20 août 2007 sur les filières d'études de chiropratique reconnues offertes par des hautes écoles universitaires étrangères, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> sept. 2007 (RO **2007** 4085).

<sup>238</sup> RS **811.115.4**



## Chapitre 3 ...

### Art. 41<sup>239</sup>

## Chapitre 4 Laboratoires

### Art. 42 Formation et formation postgrade<sup>240</sup>

<sup>1</sup> 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.

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

- a. le diplôme de «laborantin médical avec formation professionnelle supérieure CRS» délivré par une institution de formation reconnue par la Croix-Rouge suisse;
- b. le diplôme de «technicien en analyses biomédicales ES avec formation professionnelle supérieure CRS» délivré par une institution de formation reconnue par la Croix-Rouge suisse;
- c. l'attestation d'équivalence de chef laborantin délivrée par la Croix-Rouge suisse;
- d. le diplôme fédéral d'«expert en analyses biomédicales et gestion de laboratoire» ou un diplôme reconnu équivalent.<sup>241</sup>

<sup>3</sup> Est réputé titre de formation postgrade au sens de l'art. 54, al. 3, let. b, OAMal un titre postgrade en médecine de laboratoire dans les branches de spécialisation hématologie, chimie clinique, immunologie clinique ou microbiologie médicale.<sup>242</sup>

<sup>4</sup> ...<sup>243</sup>

### Art. 43<sup>244</sup> Exigences supplémentaires en matière de génétique médicale

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

<sup>239</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 29 juin 1999, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2000 (RO **1999** 2517).

<sup>240</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2016, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO **2016** 4933).

<sup>241</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 16 mai 2014, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2014 (RO **2014** 1251).

<sup>242</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2016, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO **2016** 4933).

<sup>243</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 4 avr. 2007, avec effet au 1<sup>er</sup> avr. 2007 (RO **2007** 1367).

<sup>244</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 déc. 2016, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2017 (RO **2016** 4933).

- a. dont le chef peut justifier d'un titre de formation postgrade en médecine de laboratoire de génétique médicale (génétique humaine axée sur la santé et la maladie) au sens de l'art. 54, al. 3, let. b, OAMal;
- b. disposant, pour lesdites analyses, d'une autorisation au sens de l'art. 8, LAGH<sup>245</sup>.

<sup>2</sup> Certaines analyses figurant dans le chapitre Génétique de la liste des analyses peuvent aussi être effectuées dans des laboratoires:

- a. dont le chef peut justifier d'un titre de formation postgrade en médecine de laboratoire au sens de l'art. 54, al. 3, let. b, OAMal dans les branches de spécialisation hématologie, chimie clinique ou immunologie clinique;
- b. disposant, pour lesdites analyses, d'une autorisation au sens de l'art. 8, LAGH.

### **Titre 3 Dispositions finales**

#### **Art. 44** Abrogation du droit en vigueur

Sont abrogées:

- a. l'ordonnance 2 du DFI du 16 février 1965<sup>246</sup> 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 1965<sup>247</sup> 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 1965<sup>248</sup> sur l'assurance-maladie concernant la reconnaissance et la surveillance des préventoriiums admis à recevoir des assurés mineurs;
- d. l'ordonnance 6 du DFI du 10 décembre 1965<sup>249</sup> sur l'assurance-maladie concernant les instituts de chiropratique reconnus;
- e. l'ordonnance 7 du DFI du 13 décembre 1965<sup>250</sup> 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 1985<sup>251</sup> sur l'assurance-maladie concernant les traitements psychothérapeutiques à la charge des caisses-maladie reconnues;

<sup>245</sup> RS 810.12

<sup>246</sup> [RO 1965 131, 1970 949, 1971 1719, 1986 1487 ch. II]

<sup>247</sup> [RO 1965 429, 1968 1052, 1974 688, 1986 891]

<sup>248</sup> [RO 1965 619, 1986 1487 ch. II]

<sup>249</sup> [RO 1965 1211, 1986 1487 ch. II, 1988 973]

<sup>250</sup> [RO 1965 1213, 1968 838, 1971 1258, 1986 1487 ch. II, 1988 2012, 1993 349, 1995 890]

<sup>251</sup> [RO 1986 87]

- g. l'ordonnance 9 du DFI du 18 décembre 1990<sup>252</sup> 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 1968<sup>253</sup> sur l'assurance-maladie concernant l'admission des médicaments sur la liste des spécialités;
- i. l'ordonnance du DFI du 28 décembre 1989<sup>254</sup> sur les médicaments obligatoirement pris en charge par les caisses-maladie reconnues;
- k. l'ordonnance du DFI du 23 décembre 1988<sup>255</sup> sur les analyses obligatoirement prises en charge par les caisses-maladie reconnues.

**Art. 45**<sup>256</sup>**Art. 46** Entrée en vigueur<sup>257</sup>

<sup>1</sup> La présente ordonnance entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1996.

<sup>2</sup> ...<sup>258</sup>

<sup>3</sup> ...<sup>259</sup>

**Disposition finale de la modification du 17 novembre 2003**<sup>260</sup>

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<sup>er</sup> mars 2001 (complément «diagnostic ADN/ARN»)<sup>261</sup>.

<sup>252</sup> [RO 1991 519, 1995 891]

<sup>253</sup> [RO 1968 1543, 1986 1487]

<sup>254</sup> [RO 1990 127, 1991 959, 1994 765]

<sup>255</sup> [RO 1989 374, 1995 750 3688]

<sup>256</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 27 nov. 2000, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 3088).

<sup>257</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 26 fév. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 1996 (RO 1996 1232).

<sup>258</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 15 janv. 1996, avec effet au 1<sup>er</sup> mai 1996 (RO 1996 909).

<sup>259</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 26 fév. 1996, avec effet au 1<sup>er</sup> juin 1996 (RO 1996 1232).

<sup>260</sup> RO 2003 5283

<sup>261</sup> Ce règlement n'est pas publié au RO. Il peut être consulté à l'Office fédéral de la santé publique, Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Berne.

**Disposition finale de la modification du 12 décembre 2005<sup>262</sup>**

Les assureurs appliquent la réglementation prévue à l'art. 38a d'ici au 1<sup>er</sup> avril 2006.

**Dispositions finales de la modification du 3 juillet 2006<sup>263</sup>**

<sup>1</sup> Du 1<sup>er</sup> juillet 2006 au 30 septembre 2006, la prise en charge de la tomographie par émissions de positron (TEP) est régie par l'annexe 1, ch. 9.2 dans sa teneur du 9 novembre 2005<sup>264, 265</sup>

<sup>2</sup> ...<sup>266</sup>

**Dispositions finales de la modification du 4 avril 2007<sup>267</sup>**

<sup>1</sup> Les chefs de laboratoire qui ne répondent pas aux exigences de l'art. 42, al. 3, et qui ont été autorisés en vertu du droit antérieur à effectuer certaines analyses spéciales restent autorisés à le faire après l'entrée en vigueur de la modification du 4 avril 2007<sup>268</sup>.

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

**Dispositions transitoires de la modification du 21 septembre 2007<sup>269</sup>**

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

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

<sup>3</sup> L'entreprise qui distribue une préparation originale communique à l'OFSP, d'ici au 30 novembre 2007, les prix de fabrique valables au 1<sup>er</sup> octobre 2007. L'OFSP détermine le prix de fabrique moyen sur la base des prix pratiqués en Allemagne, au

<sup>262</sup> RO 2006 21

<sup>263</sup> RO 2006 2957

<sup>264</sup> RO 2006 23

<sup>265</sup> En vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2006.

<sup>266</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 5 déc. 2011, avec effet au 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO 2011 6487).

<sup>267</sup> RO 2007 1367

<sup>268</sup> Cette mod. entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avr. 2007.

<sup>269</sup> RO 2007 4443

Danemark, en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas, calcule le cours de change moyen d'avril à septembre 2007, puis convertit le prix de fabrique en francs suisses.

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

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

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

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

### **Dispositions transitoires de la modification du 30 juin 2010<sup>270</sup>**

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

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

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

### **Dispositions transitoires de la modification du 2 février 2011<sup>271</sup>**

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

<sup>270</sup> RO 2010 3249

<sup>271</sup> RO 2011 657

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

## **Dispositions transitoires de la modification du 21 mars 2012<sup>272</sup>**

### **Disposition transitoire relative à la modification du 29 avril 2015<sup>273</sup>**

<sup>1</sup> Aucun réexamen des conditions d'admission au sens des art. 34d à 34h n'est réalisé en 2016.<sup>274</sup>

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

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

## **Dispositions transitoires relatives à la modification du 21 octobre 2015<sup>275</sup>**

<sup>1</sup> ...<sup>276</sup>

<sup>2</sup> Pour les médicaments qui ont été admis dans la liste des spécialités avant le 1<sup>er</sup> juin 2015, le remboursement de l'excédent de recettes est régi par l'al. 3 de la disposition transitoire relative à la modification du 29 avril 2015<sup>277</sup>.

## **Dispositions transitoires relatives à la modification du 1<sup>er</sup> février 2017<sup>278</sup>**

<sup>1</sup> Les dispositions de la modification du 1<sup>er</sup> février 2017 sont également applicables aux demandes sur lesquelles l'OFSP ne s'est pas encore prononcé à l'entrée en vigueur de ladite modification.

<sup>272</sup> Applicable du 1<sup>er</sup> mai 2012 au 31 déc. 2014 (RO 2012 1769, ch. III al. 2).

<sup>273</sup> RO 2015 1359

<sup>274</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 21 mars 2016, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mai 2016 (RO 2016 1177).

<sup>275</sup> RO 2015 4189

<sup>276</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du DFI du 21 mars 2016, avec effet au 1<sup>er</sup> mai 2016 (RO 2016 1177).

<sup>277</sup> RO 2015 1359

<sup>278</sup> RO 2017 633

<sup>2</sup> Le premier réexamen triennal des conditions d'admission prévu à l'art. 34*d* est effectué en 2017 pour les médicaments du bloc A, en 2018 pour ceux du bloc B et en 2019 pour ceux du bloc C.

<sup>3</sup> En 2017, le titulaire de l'autorisation fournit à l'OFSP, au plus tard le 31 mars, les résultats de la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger conformément à l'art. 34*e*, al. 1, les résultats de la comparaison thérapeutique au sens de l'art. 34*f*, al. 2, et toutes les données nécessaires à ces comparaisons.

<sup>4</sup> Toute augmentation de prix fondée sur l'art. 67, al. 2, OAMal est exclue en 2017. L'OFSP peut, à titre exceptionnel, autoriser une augmentation de prix pour assurer l'approvisionnement de la population suisse s'il n'y a pas d'autre solution thérapeutique.

*Annexe 1279*  
(art. 1)

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

### Remarques préliminaires

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

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

<sup>279</sup> Nouvelle teneur selon le ch. II al. 1 de l'O du DFI du 9 nov. 2005 (RO **2006** 23).  
Mise à jour selon le ch. II de l'O du DFI du 3 juil. 2006 (RO **2006** 2957), le ch. II al. 1 des O du DFI du 20 déc. 2006 (RO **2006** 5769), du 28 juin 2007 (RO **2007** 3581), du 21 nov. 2007 (RO **2007** 6839), du 26 juin 2008 (RO **2008** 3553), du 10 déc. 2008 (RO **2008** 6493), du 5 juin 2009 (RO **2009** 2821), du 27 oct. 2009 (RO **2009** 6083), du 14 juin 2010 (RO **2010** 2755), le ch. I de l'O du DFI du 16 août 2010 (RO **2010** 3559), le ch. II al. 1 des O du DFI du 2 déc. 2010 (RO **2010** 5837), du 31 mai 2011 (RO **2011** 2669), du 5 déc. 2011 (RO **2011** 6487), du 12 juin 2012 (RO **2012** 3553), du 15 nov. 2012 (RO **2012** 6587), du 10 juin 2013 (RO **2013** 1925), du 6 déc. 2013 (RO **2013** 5329), du 16 mai 2014 (RO **2014** 1251), du 20 nov. 2014 (RO **2014** 4393), du 17 juin 2015 (RO **2015** 2197), du 27 nov. 2015 (RO **2015** 5125), du 20 juin 2016 (RO **2016** 2537), du 25 nov. 2016 (RO **2016** 4639), l'erratum du 10 janv. 2017 (RO **2017** 71), le ch. II 1 de l'O du DFI du 2 juin 2017/2017 (RO **2017** 3487), le ch. II de l'O du DFI du 16 juin 2017, (RO **2017** 3689), l'erratum publié le 3 août 2017 (RO **2017** 3881), le ch. II al. 1 de l'O du DFI du 28 nov. 2017 (RO **2017** 7151), le ch. I de l'O du DFI du 12 février 2018 (RO **2018** 967), les ch. II et III al. 1 de l'O du DFI du 7 juin 2018 (RO **2018** 2361), le ch. II al. 1 des O du DFI du 30 nov. 2018 (RO **2018** 5085) et du 16 janv. 2019 (RO **2019** 439), l'erratum du 19 fév. 2019 (RO **2019** 687) et le ch. II al. 1 de l'O du DFI du 6 juin 2019, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juil. 2019 (RO **2019** 1931).



**Table des matières de l'annexe 1**

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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
<b>1 Chirurgie</b>			
<i>1.1 Chirurgie générale</i>			
Mesures en cas d'opération du cœur	Oui	Sont inclus: Cathétérisme cardiaque; angiocardiographie, produit de contraste compris; hypothermie; emploi du cœur-poumon artificiel; emploi d'un Cardio- verter comme stimulateur, défibrillateur ou moni- teur 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 stabilisa- tion pour opération de pontage coronarien à cœur battant	Oui	Tous les patients ayant besoin d'un pontage coronarien. Dans les cas suivants un avantage spécial peut être attendu de cette méthode: – aorte très calcifiée; – défaillance rénale; – syndrome respiratoire obstructif chronique; – âge avancé (plus de 70–75 ans). Contre-indications: – vaisseaux sanguins très calcifiés ou très petits et diffus (> 1,5 mm); – instabilité hémodynamique peropératoire à cause de la manipulation du cœur ou à cause d'une ischémie.	1.1.2002
Reconstruction mammaire	Oui	Pour rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente après une ablation totale ou partielle du sein médicalement indiquée.	23.8.1984/ 1.3.1995/ 1.1.2015
Réduction du sein intact en cas de mastectomie totale ou partielle du sein atteint	Oui	Pour corriger une asymétrie mammaire et rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente.	1.1.2015/ 1.1.2018
Autotransfusion	Oui		1.1.1991

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement chirurgical de l'adiposité	Oui	<p>Le patient présente un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 35.</p> <p>Un traitement amaigrissant approprié de deux ans est resté sans effet.</p> <p>Pose de l'indication, réalisation, assurance de la qualité et contrôle de suivi, comme prévu dans les Directives médicales du 31 octobre 2017 du <i>Swiss Study Group for Morbid Obesity and Metabolic Disorders</i> (SMOB) pour le traitement chirurgical de l'obésité<sup>280</sup>.</p> <p>Réalisation dans des centres qui, du fait de leur organisation et de leur personnel, sont en mesure de respecter les directives médicales du SMOB du 31 octobre 2017 pour le traitement chirurgical de l'adiposité.</p> <p>Les centres reconnus par le SMOB conformément aux directives administratives pour le traitement chirurgical de l'obésité du 31 octobre 2017 sont réputés satisfaire à ces conditions.</p> <p>Si l'intervention doit se dérouler dans un centre non reconnu par le SMOB, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>	<p>1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2014/ 1.1.2018</p>
Traitement de l'adiposité par ballonnet intragastrique	Non		25.8.1988
Ablation thermique endoveineuse de veines saphènes en cas de varices	Oui	<p>Par radiofréquence ou laser</p> <p>Seulement par des médecins avec attestation de formation continue (AFC) en ablation thermique endoveineuse de veines saphènes en cas de varices.</p>	<p>1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2016</p>
Traitement des varices par ablation mécano-chimique endoveineuse de type Clarivein®	Non		1.7.2013

<sup>280</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement hospitalier: interventions électives concernant des varices, des hémorroïdes des hernies inguinales, des végétations adénoïdes ou des amygdales, d'interventions arthroscopiques sur le genou ou d'interventions diagnostiques et thérapeutiques dans l'utérus conformément au document de référence de l'OFSP «liste des interventions électives à effectuer en ambulatoire» version 1.0 du 23 novembre 2017 <sup>281</sup>	Oui	Prise en charge seulement si l'intervention ne peut pas, en raison de circonstances particulières, être effectuée en ambulatoire.	1.1.2019
<i>1.2 Chirurgie de transplantation</i>			
Transplantation rénale isolée	Oui	Sont inclus les frais d'opération du donneur, y compris le traitement des complications éventuelles ainsi que les prestations visées à l'art. 14, al. 1 et 2, de la loi fédérale du 8 octobre 2004 sur la transplantation <sup>282</sup> et à l'art. 12 de l'ordonnance du 16 mars 2007 sur la transplantation <sup>283</sup> .  La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de décès éventuel du donneur est exclue.	25.3.1971/ 23.3.1972/ 1.8.2008
Transplantation cardiaque isolée	Oui	En cas d'affections cardiaques graves et incurables telles que la cardiopathie ischémique, la cardiomyopathie idiopathique, les malformations cardiaques et l'arythmie maligne.	31.8.1989
Transplantation isolée du poumon d'un donneur non vivant	Oui	Stade terminal d'une maladie pulmonaire chronique.  Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève en collaboration avec le Centre hospitalier universitaire vaudois.	1.1.2003
Transplantation cœur-poumon	Non		31.8.1989/ 1.4.1994

<sup>281</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>282</sup> RS 810.21

<sup>283</sup> RS 810.211

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Transplantation isolée du foie	Oui	Exécution dans un centre qui dispose de l'infrastructure nécessaire et de l'expérience adéquate («fréquence minimale»: en moyenne dix transplantations de foie par année).	31.8.1989/ 1.3.1995
Transplantation du foie d'un donneur vivant	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève. Sont inclus les frais d'opération du donneur, y compris le traitement des complications éventuelles ainsi que les prestations visées à l'art. 14, al. 1 et 2, de la loi sur la transplantation et à l'art. 12 de l'ordonnance sur la transplantation. La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de décès éventuel du donneur est exclue.	1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.2008/ 1.1.2012
Transplantation simultanée du pancréas et du rein	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpital cantonal universitaire de Genève.	1.1.2003
Transplantation du pancréas après une transplantation du rein	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	1.7.2010
Transplantation isolée du pancréas	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	31.8.1989/ 1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.7.2010
Transplantation simultanée d'îlots de Langerhans et du rein	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	1.7.2010
Transplantation d'îlots de Langerhans après une transplantation du rein	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	1.7.2010
Allotransplantation isolée d'îlots de Langerhans	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	1.7.2002/ 1.7.2010
Autotransplantation isolée d'îlots de Langerhans	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	1.7.2002/ 1.7.2010
Transplantation isolée de l'intestin grêle	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	1.7.2002/ 1.7.2010
Transplantation de l'intestin grêle et du foie et transplantation multiviscérale	Oui	Dans les centres suivants: Universitätsspital Zürich, Hôpitaux Universitaires de Genève.	1.7.2002/ 1.7.2010

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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
Transplantation de graisse autologue pour corriger des lésions congénitales, liées à la maladie ou post-traumatiques	Oui	Par des spécialistes en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique.  Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.8.2016/ 1.7.2018
Transplantation de graisse autologue pour la reconstruction mammaire post opératoire	Oui	En cours d'évaluation:  Comme mesure complémentaire à la mesure «Reconstruction mammaire» selon le ch. 1.1.  Par des spécialistes en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique.  Maximum trois séances et pas de traitement ultérieur incluant une transplantation de graisse autologue.	1.7.2018 jusqu'au 30.6.2023
<i>1.3 Orthopédie, traumatologie</i>			
Traitement des défauts de posture	Oui	Prestation obligatoire seulement pour les traitements de caractère nettement thérapeutique, c.-à-d. si des modifications de structure ou des malformations de la colonne vertébrale décelables à la radiographie sont devenues manifestes. Les mesures prophylactiques qui ont pour but d'empêcher d'imminentes modifications du squelette, telles que la gymnastique spéciale pour fortifier un dos faible, ne sont pas à la charge de l'assurance.	16.1.1969
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire d'un lubrifiant artificiel	Non		25.3.1971
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire de téflon ou de silicone en tant que «lubrifiant»	Non		12.5.1977

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement de l'arthrose par injection d'une solution mixte contenant de l'huile iodoforme	Non		1.1.1997
Thérapie par ondes de choc extracorporelles (lithotripsie) appliquée à l'appareil locomoteur	Non		1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2002
Thérapie par ondes de choc radiales	Non		1.1.2004
Protection des hanches pour prévenir les fractures du col du fémur	Non		1.1.1999/ 1.1.2000
Grefte ostéocondrale en mosaïque pour couvrir des lésions du tissu osseux ou cartilagineux	Oui	Traitement des lésions osseuses ou cartilagineuses post-traumatiques de l'articulation du genou d'une étendue maximale de 2 cm <sup>2</sup> .  Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.1.2002/ 1.1.2017
Grefte autologue de chondrocytes	Oui	En cours d'évaluation  Traitement des lésions osseuses post-traumatiques de l'articulation du genou. Les indications et contre-indications énumérées dans la fiche d'information 2016.131.725.01-1 du 26 octobre 2011 de la CMT sont déterminantes.  Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017 jusqu'au 31.12.2019
Viscosupplémentation pour le traitement de l'arthrose	Non		1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2007

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Cyphoplastie à ballonné pour le traitement des fractures vertébrales	Oui	<p>Fractures récentes, douloureuses, du corps vertébral qui ne répondent pas au traitement analgésique et qui montrent une déformation ayant besoin d'être corrigée.</p> <p>Indications selon les lignes directrices du 23 septembre 2004 de la Société suisse de chirurgie spinale<sup>284</sup>.</p> <p>L'opération doit être exécutée par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens reconnus par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie sont réputés suffisamment qualifiés.</p> <p>Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien non reconnu par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013
Coussinets en gel dans le cas d'une prothèse totale du genou	Non		1.1.2006
Implant de ménisque au collagène	Non		1.8.2008
Ménisectomie au laser	Non		1.1.2006
<i>1.4 Urologie et proctologie</i>			
Uroflowmétrie (mesure du flux urinaire par enregistrement de courbes)	Oui		3.12.1981/ 1.1.2012
Lithotripsie rénale extra corporelle par ondes de choc (ESWL), fragmentation des calculs rénaux	Oui	<p>Indications</p> <p>L'ESWL est indiquée lorsque le traitement conservateur n'a pas eu de succès et que l'élimination spontanée du calcul est considérée comme improbable, vu sa localisation, sa forme et sa dimension, en cas de</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>lithiases du bassin;</li> <li>lithiases calicelles;</li> <li>lithiases de l'uretère.</li> </ol> <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/ 1.8.2006

<sup>284</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).



Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement chirurgical des troubles de l'érection			
– Prothèses péniennes	Non		1.1.1993/ 1.4.1994
– Chirurgie de revascularisation	Non		1.1.1993/ 1.4.1994
Implantation d'un sphincter artificiel	Oui	En cas d'incontinence grave	31.8.1989
Traitement au laser des tumeurs vésicales ou du pénis	Oui		1.1.1993
Embolisation de varicocèle			
– par caustique ou par coils	Oui		1.3.1995
– par ballons ou par microcoils	Non		1.3.1995
Ablation transurétrale de la prostate à l'aide d'un laser dirigé par ultrasons	Non		1.1.1997
Traitement par micro-ondes transurétrales à haute énergie (HETUMI)	Non		1.1.2004
Électroneuromodulation des racines sacrées à l'aide d'un système implanté pour le traitement de l'incontinence urinaire et des troubles de la vidange vésicale	Oui	Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.  Ne peut être effectuée que dans une institution reconnue, disposant d'une unité d'urodynamique capable de réaliser une évaluation dynamique complète et d'une unité de neuromodulation pour l'évaluation de la fonction des nerfs périphériques (test PNE).  Après échec des traitements conservateurs (y compris la réadaptation).  Après un test de stimulation (PNE) positif.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Électroneuromodulation des racines sacrées à l'aide d'un système implanté pour le traitement de l'incontinence fécale	Oui	Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.  Ne peut être effectuée que dans une institution reconnue, disposant d'une unité de manométrie anorectale capable de réaliser une évaluation manométrique complète et d'une unité de neuro-modulation pour l'évaluation de la fonction des nerfs périphériques (test PNE).  Après échec des traitements conservateurs et/ou chirurgicaux (y compris la réadaptation).  Après un test de stimulation (PNE) positif.	1.1.2003/ 1.1.2008
Électroneuromodulation percutanée du nerf tibial avec des électrodes aiguilles	Oui	Pour la prise en charge de l'hyperactivité vésicale idiopathique et de l'incontinence fécale.  Après échec des traitements conservateurs.  Pose de l'indication exclusivement par des spécialistes en urologie ou en gynécologie et obstétrique avec formation approfondie en urogynécologie (en cas d'hyperactivité vésicale) ou par des spécialistes en gastroentérologie ou en chirurgie avec formation approfondie en chirurgie viscérale (en cas d'incontinence fécale).	1.3.2019/ 1.7.2019
Stimulation magnétique du plancher pelvien (rPMS, magnetic innervation therapy) en cas d'incontinence urinaire	Non		1.7.2017
Traitement des troubles vésicaux par injection cystoscopique de toxine botulique de type A dans la paroi vésicale	Oui	Après échec des traitements conservateurs.  Pour les indications suivantes: – incontinence urinaire causée par l'hyperactivité neurogène du détrusor associée à une affection neurologique chez l'adulte, pour autant que le traitement soit dispensé par des spécialistes en urologie. – hyperactivité vésicale idiopathique chez l'adulte, pour autant que le traitement soit dispensé par des spécialistes en urologie ou par des spécialistes en gynécologie et obstétrique avec formation approfondie en urogynécologie.	1.1.2007/ 1.8.2008/ 1.7.2013/ 1.1.2014/ 1.1.2015/ 15.7.2015/ 1.8.2016
Stents urologiques	Oui	Si une opération chirurgicale est contre-indiquée en raison de comorbidité ou d'atteinte corporelle grave ou pour des motifs techniques.	1.8.2007
Ultrasons focalisés à haute fréquence (HIFU) pour le traitement du cancer de la prostate	Non		1.7.2009

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Vaporisation transurétrale photosélective de la prostate par laser (VPP)	Oui	Symptômes du syndrome d'obstruction prostatique.	1.7.2011
<b>2 Médecine interne</b>			
<i>2.1 Médecine interne générale</i>			
Thérapie par injection d'ozone	Non		13.5.1976
Traitement par O <sub>2</sub> hyperbare	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>– lésions actiniques chroniques ou tardives;</li> <li>– ostéomyélite aiguë de la mâchoire;</li> <li>– ostéomyélite chronique;</li> <li>– syndrome du pied diabétique au stade <math>\geq 2B</math> selon la classification Wagner-Armstrong;</li> <li>– maladie de la décompression lorsque la notion d'accident n'est pas satisfaite. Traitement à l'étranger lorsqu'il n'est pas possible de garantir que le transport jusqu'au prochain caisson hyperbare à l'intérieur du territoire suisse soit assez rapide et ménage suffisamment le patient. Dans les centres cités dans la «Notice pour services d'urgences» élaborée par le Divers Alert Network (DAN) et la REGA<sup>285</sup>.</li> </ul>	1.4.1994 1.9.1988 1.7.2011 1.1.2006/ 1.7.2011
	Non	– surdité soudaine neurosensorielle idiopathique;	1.1.2016
Cellulothérapie à cellules fraîches	Non		1.1.1976
Sérocithothérapie	Non		3.12.1981
Traitement de l'adiposité	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>– si le poids est supérieur de 20 % ou plus au poids idéal maximal;</li> <li>– si une maladie concomitante peut être avantageusement influencée par la réduction du poids.</li> </ul>	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

<sup>285</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Nutrition entérale à domicile	Oui	Lorsqu'une nutrition suffisante par voie orale sans utilisation de sonde est impossible.	1.3.1995
Nutrition entérale à domicile sans utilisation de sonde	Oui	Indication posée selon les «directives de la Société suisse de nutrition clinique (SSNC) sur Home care, nutrition artificielle à domicile» <sup>286</sup> de janvier 2013	1.7.2002/ 1.7.2012/ 1.7.2013
Nutrition parentérale à domicile	Oui		1.3.1995
Perfusion parentérale d'antibiotiques à l'aide d'une pompe à perfusion continue, traitement ambulatoire	Oui		1.1.1997
Plasmaphérèse	Oui	Indications: – syndrome d'hyperviscosité; – maladies du système immunitaire, lorsqu'une plasmaphérèse s'est révélée efficace, soit notamment en cas de: – myasthénie grave – purpura thrombocytopénique – anémie hémolytique immune – leucémie – syndrome de Goodpasture – syndrome de Guillain-Barré – intoxication aiguë – hypercholestérolémie familiale homozygote.	25.8.1988
LDL-Aphérèse	Oui	Hypercholestérolémie familiale homozygote Mise en oeuvre dans un centre qui dispose de l'infrastructure et de l'expérience nécessaire.	25.8.1988/ 1.1.2005
	Non	Hypercholestérolémie familiale hétérozygote	1.1.1993/ 1.3.1995/ 1.1.2005
	Non	En cas de hypercholestérolémie réfractaire à la thérapie	1.1.2007

<sup>286</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Greffe de cellules souches hématopoiétiques		Dans les centres reconnus par le groupe «Swiss Blood Stem Cell Transplantation» (SBST).	1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.3.2019
		Exécution selon les normes éditées par le Comité «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT» et la «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy»: «FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 7 <sup>e</sup> édition de mars 2018 <sup>287</sup> .  Les frais de l'opération du donneur sont également à la charge de l'assureur du receveur, y compris le traitement des complications éventuelles ainsi que les prestations visées à l'art. 14, al. 1 et 2, de la loi du 8 octobre 2004 sur la transplantation <sup>288</sup> et à l'art. 12 de l'ordonnance du 16 mars 2007 sur la transplantation <sup>289</sup> .  La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de décès du donneur est exclue.	
– autologue	Oui	– lymphomes – leucémie lymphatique aiguë – leucémie myéloïde aiguë – myélome multiple – neuroblastome – médulloblastome – tumeur germinale – sclérodémie systémique	1.1.1997/ 1.1.2013/ 1.1.2018
	Oui	dans le cadre d'études cliniques: – sarcome d'Ewing – sarcome des tissus mous – tumeur de Wilms	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 jusqu'au 31.12.2022
	Oui	Dans le cadre d'études cliniques multicentriques prospectives: – en cas de maladie auto-immune hors sclérodémie systémique, maladie de Crohn et diabète sucré.  Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.  En cas d'échec de la thérapie conventionnelle ou de progression de la maladie.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 jusqu'au 31.12.2022

<sup>287</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>288</sup> RS 810.21

<sup>289</sup> RS 810.211

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
	Oui	En cours d'évaluation – en cas de sclérose en plaque À l'hôpital universitaire de Zurich dans le cadre d'une étude rétrospective. Indications par le comité interdisciplinaire de transplantation de cellules souches en cas de sclérose en plaque de l'hôpital universitaire de Zurich.	1.7.2018 jusqu'au 30.06.2024
	Non	– récurrence d'une leucémie myéloïde aiguë – récurrence d'une leucémie lymphatique aiguë – cancer du sein – carcinome bronchique à petites cellules – maladies congénitales – cancer de l'ovaire – tumeur solide rare de l'enfant – syndrome myéloдисplasique – leucémie myéloïde chronique – maladie de Crohn – diabète sucré	1.1.1997/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018
– allogénique	Oui	– leucémie myéloïde aiguë – leucémie lymphatique aiguë – leucémie myéloïde chronique – syndrome myéloдисplasique – anémie aplasique – déficit immunitaire et enzymopathie congéni- tale – thalassémie et anémie drépanocytaire – myélome multiple – tumeur du système lymphatique (lymphome de Hodgkin, lymphome non hodgkinien, leu- cémie lymphatique chronique)	1.1.1997/ 1.1.2013/ 1.1.2018
	Oui	Dans le cadre d'études cliniques multicentriques prospectives: – en cas de maladie auto-immune. Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil. En cas d'échec de la thérapie conventionnelle ou de progression de la maladie.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 jusqu'au 31.12.2022
	Non	– tumeurs solides – mélanome – cancer du sein – carcinome du rein – polyarthrite rhumatoïde	1.1.1997/ 1.1.2002// 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018
– allogénique	Oui	– leucémie myéloïde aiguë – leucémie lymphatique aiguë – leucémie myéloïde chronique – syndrome myéloдисplasique – anémie aplasique – déficit immunitaire et enzymopathie congéni- tale	1.1.1997/ 1.1.2013/ 1.1.2018

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– thalassémie et anémie drépanocytaire</li> <li>– myélome multiple</li> <li>– tumeur du système lymphatique (lymphome de Hodgkin, lymphome non hodgkinien, leucémie lymphatique chronique)</li> </ul>	
	Oui	<p>Dans le cadre d'études cliniques multicentriques prospectives:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– en cas de maladie auto-immune.</li> </ul> <p>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p> <p>En cas d'échec de la thérapie conventionnelle ou de progression de la maladie.</p>	<p>1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 jusqu'au 31.12.2022</p>
	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>– tumeurs solides</li> <li>– mélanome</li> <li>– cancer du sein</li> <li>– carcinome du rein</li> <li>– polyarthrite rhumatoïde</li> </ul>	<p>1.1.1997/ 1.1.2002// 1.1.2008// 1.1.2013/ 1.1.2018</p>
Lithotritie des calculs biliaires	Oui	<p>Calcul biliaire intrahépatique; calcul biliaire extrahépatique dans la région du pancréas et du cholédoque.</p> <p>Calculs intrarésiculaires lorsque le patient est inopérable (y compris par une cholécystectomie laparoscopique).</p>	1.4.1994
Polysomnographie Polygraphie	Oui	<p>En cas de forte suspicion de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– syndrome de l'apnée du sommeil</li> <li>– mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil</li> <li>– narcolepsie, lorsque le diagnostic clinique est incertain</li> <li>– parasomnie sévère (par ex. dystonie épileptique nocturne ou comportements violents pendant le sommeil), lorsque le diagnostic est incertain et qu'une thérapie s'impose.</li> </ul> <p>Pose de l'indication et exécution par des centres qui répondent aux conditions des «Directives pour la certification des centres de médecine du sommeil et pour l'obtention du certificat pour l'enregistrement de polygraphies respiratoires» du 2 novembre 2016 de la «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC)<sup>290</sup>.</p> <p>Les centres reconnus par la SSSSC sont réputés satisfaire à ces conditions.</p> <p>Si l'examen est exécuté dans un centre non reconnu par la SSSSC, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la re-</p>	<p>1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.7.2017</p>

<sup>290</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		commandation du médecin-conseil.	
	Non	Examen de routine de l'insomnie passagère et de l'insomnie chronique, de la fibromyalgie et du syndrome de fatigue chronique.	1.1.1997
	Non	En cas de forte suspicion de: <ul style="list-style-type: none"> <li>– troubles de l'endormissement et du sommeil, lorsque le diagnostic initial est incertain et seulement lorsque le traitement comportemental ou médicamenteux est sans succès;</li> <li>– troubles persistants du rythme circadien, lorsque le diagnostic est incertain.</li> </ul>	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003
	Non	Frères et sœurs de nourrissons décédés du syndrome de mort subite.	1.7.2011
Polygraphie	Oui	Forte suspicion d'un syndrome de l'apnée du sommeil.  Exécution uniquement par un médecin spécialisé (pneumologie ou oto-rhino-laryngologie) pouvant justifier d'une formation et d'une expérience pratique en polygraphie respiratoire qui répond aux conditions de certification des «Directives pour la certification des centres de médecine du sommeil et pour l'obtention du certificat pour l'enregistrement de polygraphies respiratoires» du 2 novembre 2016 de la «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) <sup>291</sup> ou aux «Directives pour la délivrance d'un certificat d'aptitude à la réalisation de polygraphies respiratoires par des médecins ORL» du 26 mars 2015 de la Société suisse d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale (SSORL) <sup>292</sup> .  Les médecins spécialistes (pneumologie ou ORL) reconnus par la Société suisse de pneumologie (SSP) ou la SSORL sont réputés satisfaire à ces conditions.  Si l'examen est exécuté par un médecin spécialiste non reconnu par la SSP ou la SSORL, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/ 15.7.2015/ 1.7.2017
Dosage de la mélatonine sérique	Non		1.1.1997
Test des latences multiples d'endormissement ( <i>multiple sleep latency test</i> )	Oui	Pose de l'indication et exécution par des centres qui répondent aux conditions des «Directives pour la certification des centres de médecine du sommeil et pour l'obtention du certificat pour l'enregistrement de polygraphies respiratoires»	1.1.2000/ 1.7.2017

<sup>291</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>292</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).



Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		du 2 novembre 2016 de la SSSSC <sup>293</sup> . Les centres reconnus par la SSSSC sont réputés satisfaire à ces conditions. Si l'examen est exécuté dans un centre non recon- nu par la SSSSC, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur- maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.	
Test de maintien de l'éveil ( <i>main- tenance of wake- fulness test</i> )	Oui	Pose de l'indication et exécution par des centres qui répondent aux conditions des «Directives pour la certification des centres de médecine du sommeil et pour l'obtention du certificat pour l'enregistrement de polygraphies respiratoires» du 2 novembre 2016 de la SSSSC <sup>294</sup> . Les centres reconnus par la SSSSC sont réputés satisfaire à ces conditions. Si l'examen est exécuté dans un centre non recon- nu par la SSSSC, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur- maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.	1.1.2000/ 1.7.2017
Actigraphie	Oui	Pose de l'indication et exécution par des centres qui répondent aux conditions des «Directives pour la certification des centres de médecine du som- meil et pour l'obtention du certificat pour l'enregistrement de polygraphies respiratoires» du 2 novembre 2016 de la SSSSC <sup>295</sup> . Les centres reconnus par la SSSSC sont répu- tés satisfaire à ces conditions. Si l'examen est exécuté dans un centre non recon- nu par la SSSSC, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur- maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.	1.1.2000/ 1.7.2017
Test respiratoire à l'urée (13C) pour mise en évidence d' <i>Helicobacter pylori</i>	Oui		16.9.1998/ 1.1.2001
Immunothérapie par cellules dendritiques pour le traitement du mélanome	Non		1.7.2002
Traitement photody- namique au méthyles- ter de l'acide amino- lévulinique	Oui	Kératose actinique, carcinome basocellulaire, maladie de Bowen et carcinome spinocellulaire mince.	1.7.2002

<sup>293</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>294</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>295</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement photodynamique à l'acide 5-aminolévulinique	Oui	Patients présentant une kératose actinique selon les limitations fixées dans la liste des spécialités.	1.1.2014/ 1.1.2018
Calorimétrie et/ou mesure de la densité corporelle dans le traitement de l'adiposité	Non		1.1.2004
Capsule-endoscopie	Oui	Pour examen de l'intestin grêle, de l'angle de Treitz à la valvule iléocœcale – hémorragies d'origine inconnue – inflammation chronique de l'intestin grêle.  Si la gastroscopie et la colonoscopie se sont révélées négatives.  Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.1.2004/ 1.1.2006
Photophorèse extra-corporelle	Oui	Réticulomatose cutanée (syndrome de Sézary).	1.1.1997
	Oui	Maladie du greffon contre l'hôte en cas d'échec de la thérapie conventionnelle (par ex. corticostéroïdes).	1.1.2009/ 1.1.2012
	Oui	En cours d'évaluation  En cas de syndrome de bronchiolite oblitérante après une transplantation pulmonaire, lorsque l'augmentation de l'immunosuppression ou la tentative de traitement par macrolides ont échoué.	1.1.2009/ 1.8.2016 jusqu'au 31.12.2019
<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'EKG par télémetrie	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		1.1.2001/ 1.1.2018
Surveillance téléphonique des stimulateurs cardiaques	Non		12.5.1977
Télémédecine des implants rythmologiques cardiologiques	Oui		1.7.2010 1.7.2012/ 1.1.2015

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Implantation d'un défibrillateur	Oui		31.8.1989
Utilisation à ballonnet d'une pompe intra-aortale en cardiologie interventionnelle	Oui		1.1.1997
Revascularisation transmyocardique par laser	Non		1.1.2000
Thérapie de resynchronisation cardiaque sur la base d'un stimulateur cardiaque à triple chambre, implantation et changement d'agrégat	Oui	<p>En cas d'insuffisance cardiaque chronique sévère réfractaire avec asynchronisme interventriculaire.</p> <p>Aux conditions suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– insuffisance chronique sévère (NYHA III ou IV) avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche <math>\leq 35\%</math> malgré traitement médicamenteux adéquat;</li> <li>– bloc de branche gauche avec allongement du QRS <math>\geq 130</math> millisecondes.</li> </ul> <p>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).</p>	1.1.2003/ 1.1.2004
Curiethérapie endo-coronarienne	Non		1.1.2003
Implantation de stent coronariens à libération de médicaments	Oui		1.1.2005
Angioplastie coronaire avec cathéter à ballonnet recouvert de Paclitaxel	Oui	<p>Indications:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– resténose intrastent</li> <li>– sténose de petites artères coronaires</li> </ul>	1.7.2012
Intervention par voie percutanée visant à traiter une grave insuffisance mitrale	Oui	<p>Pour les patients inopérables souffrant d'une grave insuffisance mitrale (mortalité prédite de 10 % à 15 % en l'espace de 12 mois) et dont les valvules cardiaques ont une morphologie permettant cette intervention.</p> <p>Participation au «Swiss Mitra Registry»</p>	1.1.2013
Implantation transcathéter de valve aortique (TAVI)	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <p>En cas de sténose aortique sévère chez les patients inopérables et à haut risque opératoire lorsque les conditions (cumulatives) suivantes sont remplies:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. les conditions d'application de la procédure TAVI suivent les directives européennes: «Guidelines on the management of valvular</li> </ol>	1.7.2013/ 1.1.2019/ 1.7.2019 jusqu'au 30.6.2020

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		heart disease (version 2012)» <sup>296</sup> ;	
		2. la procédure TAVI ne peut être pratiquée que dans les institutions pratiquant la chirurgie cardiaque sur place;	
		3. la décision d'admissibilité de tous les patients à la procédure TAVI doit être prise au sein de l'équipe Heart Team, comprenant au moins deux spécialistes en cardiologie, dont une personne spécialisée en cardiologie interventionnelle disposant d'une formation pour les interventions TAVI, ainsi qu'un spécialiste en chirurgie cardiaque et un autre en anesthésie;	
		4. tous les centres pratiquant la procédure TAVI doivent fournir leurs données au SWISS TAVI Registry.	
2.3		<i>Neurologie, y compris la thérapie des douleurs et l'anesthésie</i>	
Massages en cas de paralysie consécutive à des affections du système nerveux central	Oui		23.3.1972
Potentiels évoqués visuels dans le cadre d'examens neurologiques spéciaux	Oui		15.11.1979
Electrostimulation de la moelle épinière par implantation d'un système de neuro-stimulation	Oui	Traitement des douleurs chroniques graves, avant tout des douleurs du type de désafférentation (douleurs fantômes), douleurs par adhérence des racines après hernie discale et perte de sensibilité dans les dermatomes correspondants, causalgies et notamment des douleurs provoquées par fibrose du plexus après irradiation (cancer du sein), lorsqu'il existe une indication stricte et qu'un test a été effectué au moyen d'une électrode percutanée.  Le remplacement du générateur d'impulsions est une prestation obligatoire.	21.4.1983/ 1.3.1995

<sup>296</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Electrostimulation des structures cérébrales profondes par implantation d'un système de neurostimulation	Oui	Traitement des douleurs chroniques graves: douleurs de désafférentation d'origine centrale (par ex. lésion cérébrale ou intrarachidienne, lacération intradurale du nerf), lorsqu'il existe une indication stricte et qu'un test a été effectué au moyen d'une électrode percutanée. Le remplacement du générateur d'impulsions est une prestation obligatoire.  Sévères dystonies et contrôle insuffisant des symptômes par le traitement médicamenteux.  Examens et opérations dans des centres spécialisés qui disposent des infrastructures nécessaires (neurochirurgie stéréotaxique, neurologie spécialisée dans les troubles moteurs, neuroradiologie).	1.3.1995/ 1.7.2011
Electroneuro-modulation des nerfs pelviens à l'aide d'un système implanté par laparoscopie (procédure LION: <i>Laparoscopic Implantation of Neuroprothesis</i> )	Non		1.7.2013/ 1.7.2014
Opération stéréotactique en vue de traiter la maladie de Parkinson chronique et réfractaire aux traitements non chirurgicaux (ablation par radiofréquence et stimulations chroniques du pallidum, du thalamus et du noyau subthalamique)	Oui	Diagnostic établi d'une maladie de Parkinson idiopathique.  Progression des symptômes sur un minimum de deux ans.  Contrôle insuffisant des symptômes par le traitement dopaminergique (phénomène off, fluctuations on/off, dyskinésies on).  Examens et opérations dans des centres spécialisés qui disposent des infrastructures nécessaires (neurochirurgie fonctionnelle, neurologie, neuroradiologie).	1.7.2000
Opération stéréotactique (ablation par radiofréquence et stimulation chronique du thalamus) en vue de traiter le tremblement non parkinsonien, chronique et réfractaire aux traitements non chirurgicaux	Oui	Diagnostic établi d'un tremblement non parkinsonien, progression des symptômes sur un minimum de deux ans, contrôle insuffisant des symptômes par le traitement médicamenteux.  Examens et opérations dans des centres spécialisés qui disposent des infrastructures nécessaires (neurochirurgie fonctionnelle, neurologie, électrophysiologie neurologique, neuroradiologie).	1.7.2002

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement par ultrasons focalisés du pallidum, du thalamus et du noyau subthalamique	Oui	En cours d'évaluation. Pour le traitement: – en cas de diagnostic établi d'une maladie de Parkinson idiopathique, progression des symptômes sur un minimum de deux ans, contrôle insuffisant des symptômes par le traitement dopaminergique (phénomène off, fluctuations on/off, dyskinésies on); – d'un tremblement non parkinsonien (diagnostic établi), progression des symptômes sur un minimum de deux ans, contrôle insuffisant des symptômes par le traitement médicamenteux; – des douleurs neuropathiques graves chroniques, réfractaires au traitement. Gestion d'un registre d'évaluation	15.7.2015 jusqu'au 30.6.2020
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: – le médecin ou, sur ordre de celui-ci, le physiothérapeute doit avoir testé l'efficacité du TENS sur le patient et avoir initié ce dernier à l'utilisation du stimulateur; – le médecin-conseil doit avoir confirmé que le traitement par le patient lui-même est indiqué; – indication notamment dans les cas suivants: – douleurs dues à un névrome; par ex. douleurs localisées pouvant être déclenchées par pression dans des membres amputés (moignons); – douleurs pouvant être déclenchées ou renforcées par la stimulation (pression, extension ou stimulation électrique) d'un point névralgique; par ex. douleurs de type sciatique ou syndromes de l'épaule et du bras; – douleurs provoquées par la compression des nerfs; par ex. douleurs irradiantes persistantes après opération d'une hernie discale ou du canal carpien.	23.8.1984
Stimulation nerveuse périphérique du nerf occipital	Oui	En cas de migraine chronique réfractaire à la thérapie au sens des critères diagnostiques de l'International Headache Society (International classification of headache disorders, 2nd edition, Cephalalgia 2004 (suppl 1) IHS ICHD-II code 1.5.1 <sup>297</sup> ).	1.7.2014
Traitement par Baclofen à l'aide d'un doseur implantable de médicament	Oui	En cas de spasticité résistant à la thérapie.	1.1.1996

<sup>297</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement intrathécal d'une douleur chronique somatique à l'aide d'un doseur implantable de médicament	Oui		1.1.1991
Potentiels évoqués moteurs dans le cadre d'examens neurologiques spécialisés	Oui	Diagnostic d'une maladie neurologique. L'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"> <li>– Preuve de l'existence d'une épilepsie focale.</li> <li>– Fort handicap du patient en raison de souffrances dues à la maladie comitiale.</li> <li>– Résistance à la pharmacothérapie.</li> <li>– Investigations et exécution dans un centre pour épileptiques qui dispose des équipements diagnostiques adéquats (en électrophysiologie, IRM<sub>1</sub> etc.), d'un service de neuro-psychologie, du savoir-faire chirurgical et thérapeutique et de possibilités de suivi du traitement.</li> </ul>	1.1.1996/ 1.8.2006
Chirurgie palliative de l'épilepsie par: <ul style="list-style-type: none"> <li>– commissurotomie</li> <li>– opération sous-apicale multiple (selon Morell-Whisler)</li> <li>– stimulation du nerf vague</li> </ul>	Oui	<p>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p> <p>Lorsque les investigations montrent que la chirurgie curative de l'épilepsie focale n'est pas indiquée et qu'une méthode palliative permet un meilleur contrôle des crises et une amélioration de la qualité de vie.</p> <p>Investigations et exécution dans un centre pour épileptiques qui dispose des équipements diagnostiques adéquats (en électrophysiologie, IRM, etc.), d'un service de neuro-psychologie, du savoir-faire chirurgical et thérapeutique et de possibilités de suivi du traitement.</p>	1.1.1996/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.8.2006/ 1.1.2009
Opération au laser (décompression au laser) de la hernie discale	Non		1.1.1997
Traitement électrothermique intradiscal	Non		1.1.2004
Cryoneurolyse	Non	Pour le traitement des douleurs des articulations intervertébrales lombaires	1.1.1997
Dénervation par radiofréquence d'articulation facettaire	Non		1.1.2004/ 1.1.2005

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Spondylodèse par cage intersomatique ou greffe osseuse	Oui	<p>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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.</li> <li>– Après échec d'une spondylodèse postérieure avec système de vis pédiculaires.</li> </ul>	<p>1.1.1999/ 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004</p>
Prothèses de disques cervicaux	Oui	<p>Indication:</p> <p>Dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale et lombaire.</p> <p>Échec d'une thérapie conservatrice de 3 mois, exception faite des patients présentant une dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale cervicale et souffrant également, dans des conditions thérapeutiques stationnaires, de douleurs incontrôlables ou chez lesquels des pertes neurologiques progressives apparaissent malgré une thérapie conservatrice.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dégénérescence de 2 segments maximum</li> <li>– Absence de cyphose segmentaire primaire</li> <li>– Prise en compte de toutes les contre-indications générales.</li> </ul> <p>L'opération doit être exécutée par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens reconnus par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie ou la Société suisse de neurochirurgie sont réputés suffisamment qualifiés.</p> <p>Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien non reconnu par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie ou la Société suisse de neurochirurgie, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017</p>
Prothèses de disques lombaires	Oui	<p>Indication:</p> <p>Dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale lombaire.</p> <p>Échec d'une thérapie conservatrice de 6 mois, exception faite des patients présentant une dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale lombaire et souffrant également, dans des conditions</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017</p>



Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>thérapeutiques stationnaires, de douleurs incontrôlables.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dégénérescence de 2 segments maximum</li> <li>– Absence d'arthrose primaire des articulations vertébrales</li> <li>– Prise en compte de toutes les contre-indications générales.</li> </ul> <p>L'opération doit être exécutée par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens reconnus par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie ou la Société suisse de neurochirurgie sont réputés suffisamment qualifiés.</p> <p>Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien non reconnu par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie ou la Société suisse de neurochirurgie, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>	
Stabilisation inter- épineuse et dyna- mique de la colonne vertébrale	Oui	<p>Indication:</p> <p>Sténose vertébrale dynamique, sténose vertébrale avec décompression, récidive de hernie discale avec décompression et syndrome facettaire.</p> <p>L'opération doit être exécutée par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens reconnus par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie ou la Société suisse de neurochirurgie sont réputés suffisamment qualifiés.</p> <p>Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien non reconnu par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie ou la Société suisse de neurochirurgie, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017</p>
Système de vis pédiculaires posté- rieur et stabilisation dynamique de la colonne vertébrale	Oui	<p>Indications:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sténose vertébrale avec ou sans spondylolisthésis dégénératif sur deux segments maximum; au-delà de deux segments, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil</li> <li>– Dégénérescence des disques intervertébraux sur deux segments maximum, évent. avec arthrose des articulations vertébrales.</li> </ul> <p>Échec d'une thérapie conservatrice de 6 mois, exception faite des patients présentant une dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale et souffrant également, dans des conditions thérapeutiques stationnaires, de douleurs incontrôlables ou chez</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017</p>

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>lesquels des pertes neurologiques progressives apparaissent malgré une thérapie conservatrice.</p> <p>L'opération doit être exécutée par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens reconnus par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie ou la Société suisse de neurochirurgie sont réputés suffisamment qualifiés.</p> <p>Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien non reconnu par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie ou la Société suisse de neurochirurgie, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>	
Anesthésie générale pour effectuer une intervention diagnostique ou thérapeutique (intervention dentaire comprise)	Oui	Si l'intervention diagnostique ou thérapeutique doit être effectuée sous anesthésie en raison d'un handicap physique ou mental grave.	1.7.2010
Anesthésie par infiltration, locale et régionale (thérapie neurale locale et segmentaire)	Oui		1.7.2011/ 1.7.2012
<i>2.4 Médecine physique, rhumatologie</i>			
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire d'un lubrifiant artificiel	Non		25.3.1971
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire de téflon ou de silicone en tant que «lubrifiant»	Non		12.5.1977
Synoviorthèse	Oui		12.5.1977
Thérapie par laser froid	Non		1.1.2001
Anesthésie générale pour effectuer une intervention diagnostique ou thérapeutique (intervention dentaire comprise)	Oui	Si l'intervention diagnostique ou thérapeutique doit être effectuée sous anesthésie en raison d'un handicap physique ou mental grave.	1.7.2010

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
<i>2.5 Oncologie</i>			
Traitement du cancer par pompe à perfusion (chimiothérapie)	Oui		27.8.1987
Traitement par laser pour chirurgie palliative à minima	Oui		1.1.1993
Perfusion isolée des membres en hyperthermie et au moyen du facteur de nécrose tumorale (TNF)	Oui	Mélanome malin atteignant exclusivement un membre. Sarcome des tissus mous atteignant exclusivement un membre. Dans un centre spécialisé ayant l'expérience du traitement interdisciplinaire des mélanomes et des sarcomes étendus des membres par cette méthode. Le traitement est effectué par une équipe composée de médecins spécialisés en chirurgie oncologique, en chirurgie vasculaire, en orthopédie, en anesthésie et en médecine intensive. Le traitement doit être effectué en salle d'opération, sous anesthésie générale et sous monitoring continu par sonde de Swan-Ganz.	1.1.1997/ 1.1.2001
	Non	Mélanome ou sarcome: – envahissant la racine du membre; – accompagné de métastases viscérales.	1.1.2001
Immunothérapie spécifique active pour la thérapie adjuvante du cancer du colon de stade II	Non		1.8.2007
Low-dose-rate-Curiothérapie	Oui	Par grains d'iode 125 ou de palladium 103. En cas de carcinome de la prostate avec risque de récurrence faible ou moyen et – espérance de vie > 5 ans – volume de la prostate < 60 ccm – pas d'obstruction vésicale sévère. Centre qualifié offrant une collaboration interdisciplinaire étroite entre urologues, radio-oncologues et physiciens médicaux.	1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2009/ 1.7.2011

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Test d'expression multigénique en cas de cancer du sein	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <p>Indication:</p> <p>Examen du tissu tumoral d'un cancer du sein, primaire, invasif avec les caractéristiques suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– état positif au récepteur d'œstrogènes;</li> <li>– état négatif au récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2-);</li> <li>– jusqu'à trois ganglions lymphatiques loco-régionaux sont atteints;</li> <li>– les résultats conventionnels seuls ne permettent pas de décider clairement d'une chimiothérapie adjuvante.</li> </ul> <p>Exigences concernant le test:</p> <p>Le test doit être effectué par un médecin spécialisé en pathologie avec comme sous-spécialité la pathologie moléculaire. S'il a lieu dans un laboratoire étranger, celui-ci doit satisfaire à la directive IVDD 98/79/CE<sup>298</sup> ou à la norme ISO 15189 /17025<sup>299</sup>.</p>	<p>1.1.2011/ 1.1.2015/ 1.1.2019 jusqu'au 31.12.2023</p>

<sup>298</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>299</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Mesures visant à préserver la fertilité chez les adolescents et les adultes atteints d'un cancer	Oui	<p>Pour les adolescents post-pubères et les adultes jusqu'à l'âge de 40 ans, présentant un risque moyen ou élevé (&gt; 20%) d'aménorrhée permanente (femmes) ou d'azoospermie (hommes) par suite d'un traitement.</p> <p>Mesures chez la femme:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prélèvement d'ovules après stimulation ovarienne, cryoconservation d'ovules fécondés ou non fécondés; une éventuelle fécondation avant une cryoconservation n'est pas à la charge de l'assurance;</li> </ul> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- résection, cryoconservation et réimplantation de tissus ovariens;</li> </ul> <p>Mesures chez l'homme:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cryoconservation de spermatozoïdes ;</li> <li>- si nécessaire: biopsie testiculaire (extraction de spermatozoïdes testiculaires).</li> </ul> <p>Cryoconservation pour 5 ans au plus; prolongation de 5 ans supplémentaires uniquement en cas d'insuffisance ovarienne persistante ou d'azoospermie. Prise en charge d'une cryoconservation de spermes et d'ovules non fécondés en cas d'insuffisance ovarienne persistante ou d'azoospermie allant au-delà. uniquement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p> <p>Pose de l'indication et exécution par des centres multidisciplinaires qui participent à un programme multicentrique de garantie de la qualité avec gestion d'un registre des mesures visant à conserver la fertilité chez les hommes et les femmes en âge de procréer et souffrant d'un cancer ou qui sont associés à un tel centre.</p>	1.7.2019
<b>3 Gynécologie, obstétrique</b>			
Echographie	Oui	L'art. 13, let. b, OPAS est réservé pour les contrôles par échographie durant la grossesse.	23.3.1972/ 1.1.1997
Insémination artificielle	Oui	Insémination intra-utérine. Au maximum trois cycles de traitement par grossesse.	1.1.2001
Fécondation in vitro en vue de déterminer une éventuelle stérilité	Non		1.4.1994
Fécondation in vitro et transfert d'embryon (FIVETE)	Non		28.8.1986/ 1.4.1994

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Stérilisation: – d'une patiente	Oui	Pratiquée au cours du traitement médical d'une patiente en âge de procréer, la stérilisation doit être prise en charge par l'assurance-maladie dans les cas où une grossesse mettrait la vie de l'assurée en danger ou affecterait vraisemblablement sa santé de manière durable, à cause d'un état pathologique vraisemblablement permanent ou d'une anomalie physique, et si d'autres méthodes de contraception ne sont pas possibles pour des raisons médicales (au sens large).	11.12.1980
– 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 chirur- gicale de l'endomètre	Oui	Pour le traitement des ménorragies fonctionnelles résistant à la thérapie chez les femmes avant le ménopause.	1.1.1998
Frottis de Papanico- laou pour la détection précoce des cancers du col de l'utérus (art. 12e, let. b, OPAS)	Oui		1.1.1996/ 1.8.2008
Cytologie en couches minces pour la détection précoce des cancers du col de l'utérus selon les méthodes ThinPrep ou Autocyte Prep/SurePath (art. 12e, let. b, OPAS)	Oui		1.4.2003/ 1.7.2005/ 1.8.2008
Détection du papil- lomavirus humain (HPV) pour le dépis- tage du cancer du col de l'utérus (art. 12e, let. b, OPAS)	Non		1.7.2002/ 1.8.2008/
Interventions mam- maires mini-invasives sous guidage radiolo- gique ou échogra- phique	Oui	Selon les déclarations consensuelles de la Société suisse de sénologie (SSS) et du groupe de travail «Bildgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe»; Senologie – Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie 2009; 6: 181–184 <sup>300</sup> .	1.7.2002/ 1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.7.2009

<sup>300</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

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 d'effort chez la femme	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Selon les recommandations de l'Association pour l'urogynécologie et la pathologie du plancher pelvien GTU, mise à jour de l'avis d'experts du 16 juin 2016 «mise en place de bandelettes pour le traitement de l'incontinence d'effort féminine»<sup>301</sup>.</li> <li>– L'implant Reemex® n'est pas pris en charge.</li> </ul>	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2019

#### 4 Pédiatrie, psychiatrie de l'enfant

Programmes de traitements ambulatoires et pluridisciplinaires de groupe destinés aux enfants et adolescents souffrant de surpoids ou d'obésité	Oui	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indication:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. en cas d'obésité (IMC &gt; 97<sup>e</sup> centile);</li> <li>b. en cas de surpoids (IMC entre le 90<sup>e</sup> et le 97<sup>e</sup> centile) et présence d'au moins une des maladies ci-après si le surpoids en aggrave le pronostic ou si elles sont dues à la surcharge pondérale: hypertension, diabète sucré de type 2, troubles de la tolérance glucidique, troubles endocriniens, syndrome des ovaires polykystiques, maladies orthopédiques, stéatohépatite non alcoolique, maladies respiratoires, glomérulopathie, troubles alimentaires faisant l'objet d'un traitement psychiatrique.</li> </ol> <p>Définition de l'obésité, du surpoids et des maladies selon les recommandations de la Société suisse de pédiatrie (SSP) publiées dans la revue <i>Pediatrica</i> n° 6/2006 du 19 décembre 2006<sup>302</sup> et n° 1/2011 du 4 mars 2011<sup>303</sup></p> </li> <li>2. Programmes:               <p>programmes en groupes dirigés par un médecin avec approche thérapeutique pluridisciplinaire selon les exigences de l'association suisse Obésité de l'enfant et de l'adolescent publiées dans la revue «<i>Pediatrica</i>» n° 2/2007 du 13 avril 2007<sup>304</sup>. Les programmes en groupes dirigés par un médecin qui sont reconnus par la commission formée de représentants de la SSP et de l'association suisse Obésité de l'enfant et de l'adolescent, sont réputés satisfaire à ces conditions.</p> <p>Si la thérapie s'inscrit dans un programme qui n'est pas reconnu par cette commission, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte de la recommandation du médecin-conseil.</p> </li> </ol>	1.1.2008/ 1.7.2009/ 1.1.2014/ 1.7.2014
--	-----	---	---

<sup>301</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>302</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>303</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>304</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		3. Une rémunération forfaitaire doit être convenue.	
	Non	Programme allégé pour les enfants de 4 à 8 ans.	1.1.2014
Thérapie individuelle multiprofessionnelle structurée ambulatoire pour les enfants et adolescents en surpoids ou atteints d'obésité, en 4 étapes	Oui	<p>1. Indication:</p> <p>a. en cas d'obésité (IMC &gt; 97<sup>e</sup> centile);</p> <p>b. en cas de surpoids (IMC entre le 90<sup>e</sup> et le 97<sup>e</sup> centile) et présence d'au moins une des maladies ci-après si le surpoids en aggrave le pronostic ou si elles sont dues à la surcharge pondérale: hypertension, diabète sucré de type 2, troubles de la tolérance glucidique, troubles endocriniens, syndrome des ovaires polykystiques, maladies orthopédiques, stéatohépatite non alcoolique, maladies respiratoires, glomérulopathie troubles alimentaires faisant l'objet d'un traitement psychiatrique.</p> <p>Définition de l'obésité, du surpoids et des maladies selon les recommandations de la Société suisse de pédiatrie (SSP) publiées dans la revue <i>Pediatrica</i> n° 6/2006<sup>305</sup> du 19 décembre 2006 et n° 1/2011<sup>306</sup> du 4 mars 2011.</p> <p>2. Thérapie:</p> <p>a. étape 1: suivi multidisciplinaire par un médecin pendant 6 mois avec au maximum 6 séances de consultation diététique et 2 séances de physiothérapie diagnostique,</p> <p>b. étapes 2 et 3: programmes multidisciplinaires dirigés par un médecin si l'étape 1 dure plus de 6 mois ou en présence d'une comorbidité importante,</p> <p>c. étape 4: suivi thérapeutique par un médecin.</p> <p>3. Programmes pour les étapes 2 et 3: programmes en groupes dirigés par un médecin avec approche thérapeutique pluridisciplinaire selon les exigences de l'association suisse Obésité de l'enfant et de l'adolescent publiées dans la revue «<i>Pediatrica</i>» n° 2/2007 du 13 avril 2007<sup>307</sup>. Les programmes en groupes dirigés par un médecin qui sont reconnus par la commission formée de représentants de la SSP et de l'association suisse Obésité de l'enfant et de l'adolescent sont réputés satisfaire à ces conditions.</p>	1.1.2014

<sup>305</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>306</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>307</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).



Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		Si la thérapie s'inscrit dans un programme qui n'est pas reconnu par cette commission, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte de la recommandation du médecin-conseil.	
Thérapie par le jeu et la peinture chez l'enfant	Oui	Pratiquée par le médecin ou sous sa surveillance directe.	7.3.1974
Traitement de l'énurésie par appareil avertisseur	Oui	Dès l'âge de 5 ans	1.1.1993
Electrostimulation de la vessie	Oui	En cas de problèmes organiques de la miction.	16.2.1978
Gymnastique de groupe pour enfants obèses	Non		18.1.1979
Monitoring de la respiration; monitoring de la respiration et de la fréquence cardiaque	Oui	Chez les nourrissons à risque, sur prescription d'un médecin pratiquant dans un centre régional de diagnostic de la mort subite du nourrisson (SIDS).	25.8.1988/ 1.1.1996
Echographie selon la méthode de Graf de la hanche des nouveau-nés et des nourrissons	Oui	Examen effectué par un médecin spécialement formé à cette méthode.	1.7.2004/ 1.8.2008
Thérapie stationnaire loin du domicile lors d'adiposité sévère	Non		1.1.2005
Traitement des troubles du spectre autistique à l'aide de la méthode du <i>packing</i>	Non		1.7.2019
<b>5 Dermatologie</b>			
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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
– condylome acuminé	Oui		1.1.1993
– cicatrices d'acné	Non		1.7.2002
– chéloïde	Non		1.1.2004
Thérapie climatique au bord de la Mer Morte	Non		1.1.1997/ 1.1.2001
Balnéo-photothérapie ambulatoire	Non		1.7.2002
Stimulation des cellules par des ondes acoustiques pulsées (PACE) pour le traitement des pro- blèmes de cicatriza- tion de la peau aigus ou chroniques	Non		1.7.2009
Utilisation des équivalents de peau	Oui	<p>Pour le traitement des plaies chroniques. Équivalents de peau autogènes ou allogènes auto- risés selon les prescriptions légales.</p> <p>Pose de l'indication selon la directive «Richtlinien zum Einsatz von azellulären biologisch aktiven Materialien bei schwer heilenden Wunden» du 1<sup>er</sup> avril 2018 de la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies<sup>308</sup>.</p> <p>Dans des centres reconnus par la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies.</p> <p>Si le traitement doit se dérouler dans un centre non reconnu par la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies, il est nécessaire de demander préala- blement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>	1.7.2011/ 1.3.2019
Traitement de plaie par asticots	Oui	Pour le traitement de plaies chroniques.	1.7.2011
Traitement de la lipoatrophie du visage par matériel de comblement	Oui	<p>En cas de lipoatrophie faciale découlant d'un traitement médicamenteux ou d'une maladie.</p> <p>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p>	1.7.2013
<b>6 Ophthalmologie</b>			
Traitement orthop- tique	Oui	Par le médecin lui-même ou sous sa surveillance directe.	27.3.1969

<sup>308</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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 l'anisométrie par chirurgie réfractive	Oui	Prestation obligatoire seulement s'il existe une anisométrie supérieure à 3 dioptries non corrigée par des lunettes et une intolérance durable aux lentilles de contact; pour la correction d'un œil pour obtenir des valeurs corrigées par des lunettes.  Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.1.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2005
Correction réfractive par implantation de lentille intraoculaire	Oui	Prestation obligatoire seulement en cas d'anisométrie supérieure à 10 dioptries associée à une kératotomie.  Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.1.2000/ 1.1.2005
Grefe de membrane amniotique pour recouvrir des lésions cornéennes	Oui		1.1.2001
Thérapie photodynamique de la dégénérescence maculaire par perfusion de Verteporfine	Oui	Dégénérescence maculaire exsudative liée à l'âge, sous sa forme prédominante classique.	1.1.2006
	Oui	En cas de néovascularisation provoquée par une myopie pathologique.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2012
	Non	Autres formes de la dégénérescence maculaire liée à l'âge.	1.1.2008

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Dilatation par ballon- net en cas de sténose du canal lacrymal	Oui	– sous contrôle radiologique – avec ou sans implantation d'un stent – radiologies interventionnelles effectuées par des personnes possédant l'expérience corres- pondante.	1.1.2006/ 1.1.2008
Ophthalmoscopie laser à balayage	Oui	– en cas de glaucome difficile à traiter, pour poser l'indication d'une intervention chirurgi- cale – pose de l'indication des traitements de la rétine Examen dans le centre où doit être effectués l'intervention et le traitement.	1.1.2004/ 1.8.2008
Traitement de la cornée par UV crosslinking en cas de kératocône	Non		1.8.2008
Traitement du kérato- cône au moyen d'anneaux intra- cornéens	Oui	Pour correction de l'astigmatisme irrégulier en cas de kératocône si une correction par des lunettes ou lentilles de contact n'est pas possible ou s'il existe une intolérance aux lentilles de contact.  Exécution dans les centres/cliniques A, B et C (selon la liste des centres de formation continue de la FMH dans l'ophtalmologie).	1.8.2007
Mesure de l'osmolarité du liquide lacrymal	Non		1.1.2010
<b>7 Oto-rhino-laryngologie</b>			
Traitement des troubles du langage	Oui	Pratiqué par le médecin lui-même ou sous sa direction et sa surveillance directes (voir aussi les art. 10 et 11 OPAS).	23.3.1972
Aérosols soniques	Oui		7.3.1974
Traitement par oreille électronique selon la méthode Tomatis (audio-psycho- phonologie)	Non		18.1.1979
Prothèse vocale	Oui	Implantation pendant ou après une laryngectomie totale.  Le remplacement d'une prothèse vocale implantée est une prestation obligatoire.	1.3.1995
Traitement au laser de:			
– papillomatose des voies respiratoires	Oui		1.1.1993
– résection de la langue	Oui		1.1.1993

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Implant cochléaire pour le traitement d'une surdité bilatérale sans utilisation possible des restes d'audition	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.  Pour les enfants atteints de surdité périlinguale ou postlinguale et pour les adultes atteints de surdité tardive. Dans les centres suivants: hôpital cantonal universitaire de Genève, hôpitaux universitaires de Bâle, de Berne et de Zurich, hôpital cantonal de Lucerne.  L'entraînement auditif dispensé dans le centre fait partie intégrante de la thérapie à prendre en charge.	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004
Implantation d'implants auditifs à conduction osseuse ou de leurs composantes (systèmes transcutanés et percutanés)	Oui	Indications: – Maladies et malformations de l'oreille moyenne et du conduit auditif externe qui ne peuvent être corrigées par la chirurgie – Seule alternative à une intervention chirurgicale à risque sur l'unique oreille fonctionnelle – Intolérance aux appareils à transmission aérienne – Remplacement d'un appareil classique à transmission osseuse, suite à l'apparition de troubles, à une tenue insuffisante ou à un mauvais fonctionnement.	1.1.1996/ 1.1.2015
Implantation dans l'oreille moyenne d'un système type «Vibrant Sound-bridge» pour traiter un déficit d'audition de l'oreille interne	Oui	Patients qui, pour des raisons médicales ou audiologiques, ne peuvent pas utiliser un appareil conventionnel à cause d'une otite externe chronique, d'une allergie, d'une exostose, etc.	1.1.2005
Palatoplastie au laser vaporisant	Non		1.1.1997
Lithotripsie de ptyalolithes	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
<b>8 Psychiatrie</b>			
Traitement de la toxicomanie			25.3.1971
– ambulatoire	Oui	Réduction des prestations possible en cas de faute grave de l'assuré.	
– hospitalier	Oui		

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement de substitution en cas de dépendance aux opiacés	Oui	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respect des dispositions, directives et recommandations suivantes:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. concernant le traitement avec prescription de méthadone, de buprénorphine et de morphine-retard: «Dépendance aux opioïdes: traitements basés sur la substitution – Recommandations de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), de la Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSAM) et de l'Association des médecins cantonaux de Suisse (AMCS)» de juillet 2013<sup>309</sup>,</li> <li>b. concernant le traitement avec prescription d'héroïne: les dispositions de l'ordonnance du 25 mai 2011 relative à l'addiction aux stupéfiants (RS 812.121.6) et les directives et recommandations du manuel de l'OFSP «Traitement avec prescription d'héroïne; directives, recommandations, informations» de septembre 2000<sup>310</sup>.</li> </ol> </li> <li>2. La substance ou la préparation utilisée doivent figurer sur la liste des médicaments avec tarif (LMT) ou sur la liste des spécialités (LS) dans le groupe thérapeutique (IT) approuvé par Swissmedic.</li> <li>3. Le traitement de substitution comprend les prestations suivantes:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. prestations médicales:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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;</li> <li>– demandes d'informations supplémentaires (famille, partenaire, services de traitement précédents);</li> <li>– établissement du diagnostic et de l'indication;</li> <li>– établissement d'un plan thérapeutique;</li> <li>– procédure de demande d'autorisation et établissement de rapports à l'intention de l'assureur-maladie;</li> <li>– mise en œuvre et exécution du traitement de substitution;</li> <li>– remise surveillée de la substance ou de la préparation, pour autant que celle-ci ne se fasse pas par l'intermédiaire d'un pharmacien;</li> <li>– assurance de la qualité;</li> <li>– traitement des troubles liés à l'usage</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>	<p>1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.7.2012</p> <p>1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.1.2014</p>

<sup>309</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>310</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> <li>d'autres substances psychotropes;</li> <li>- évaluation du processus thérapeutique;</li> <li>- demandes de renseignements auprès de l'institution en charge de la remise des produits;</li> <li>- réexamen du diagnostic et de l'indication;</li> <li>- adaptation du traitement et correspondance qui en résulte avec les autorités;</li> <li>- établissement de rapports à l'intention des autorités et de l'assureur-maladie;</li> <li>- contrôle de la qualité.</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>b. prestations du pharmacien: <ul style="list-style-type: none"> <li>- fabrication de solutions orales selon la LMT, y compris contrôle de la qualité;</li> <li>- remise surveillée de la substance ou de la préparation;</li> <li>- tenue de la comptabilité concernant les substances actives et établissement de rapports destinés aux autorités;</li> <li>- établissement de rapports à l'intention du médecin responsable;</li> <li>- conseils.</li> </ul> </li> </ul>	
		4. La prestation doit être fournie par l'institution compétente selon le ch. 1.	
		5. Des rémunérations forfaitaires peuvent être convenues pour le traitement de substitution.	
Sevrage des opiacés ultra-court (SOUC) sous sédation profonde	Non		1.1.2001
Sevrage des opiacés ultra-court (SOUC) sous anesthésie générale	Non		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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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
Traitement de l'insomnie par thérapie cognitivo-comportementale basée sur Internet	Oui	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Psychothérapie pratiquée par un médecin, au sens de l'art. 2 OPAS, sur les bases de la thérapie cognitivo-comportementale, comprenant en particulier les éléments suivants: restriction du sommeil, contrôle par le stimulus, techniques de relaxation, restructuration cognitive, prévention de la rechute. La thérapie se fonde sur une méthode et implique un contact régulier entre le fournisseur de prestations et l'assuré; elle comporte des diagnostics préliminaire, intermédiaire et final.</li> <li>2. Après une consultation préalable.</li> <li>3. L'assurance prend en charge les coûts de 16 semaines de thérapie au maximum. La procédure de prise en charge des coûts pour la poursuite de la thérapie après 16 semaines est la même que celle visée à l'art. 3b OPAS.</li> </ol>	1.7.2017
Stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) pour le traitement de la dépression	Non		1.1.2018
<b>9 Radiologie</b>			
<i>9.1 Radiodiagnostic</i>			
Tomographie axiale computerisée (CT-scan)	Oui	Pas d'examen de routine (screening).	15.11.1979



Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Ostéodensitométrie – par absorptiomé- trie double éner- gie à rayons X (DEXA)	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ostéoporose cliniquement manifeste et après une fracture provoquée par un traumatisme minime</li> <li>– Corticothérapie de longue durée ou hypogonadisme</li> <li>– Maladies du système digestif avec syndrome de malabsorption (en particulier la maladie de Crohn, la rectocolite hémorragique et la maladie cœliaque)</li> <li>– Hyperparathyroïdie primaire (lorsque l'indication chirurgicale n'est pas nette)</li> <li>– Ostéogénèse imparfaite</li> <li>– VIH</li> <li>– En cas de thérapie à base d'inhibiteurs de l'aromatase (après la ménopause) ou de l'association analogues de la GnRH + inhibiteurs de l'aromatase (avant la ménopause), au début et tous les deux ans au maximum en cas de traitement en cours</li> </ul>	1.3.1995/ 1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.7.2012/ 1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.1.2015/ 1.7.2019
		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
		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/ 1.1.2006
Echographie osseuse	Non		1.1.2003
Méthodes analytiques applicables au tissu osseux:			
– marqueurs de la résorption osseuse	Non	Pour la détection précoce du risque de fractures liés à l'ostéoporose	1.1.2003/ 1.8.2006
– marqueurs de la formation osseuse	Non	Pour la détection précoce du risque de fractures liés à l'ostéoporose	1.1.2003/ 1.8.2006
Mammographie	Oui	Pour le diagnostic en cas de forte suspicion clinique de pathologie mammaire.	1.1.2008
<i>9.2 Autres procédés d'imagerie</i>			
Résonance magné- tique nucléaire (IRM)	Oui		1.1.1999
Tomographie par émission de posi- trons (TEP, TEP/TC)	Oui	Dans des centres qui satisfont aux directives administratives du 20 juin 2008 de la Société suisse de médecine nucléaire (SSMN) <sup>311</sup> .	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/
		a) Au moyen de 18F-Fluoro-Deoxy-Glucose	

<sup>311</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		(FDG), seulement pour les indications suivantes:	1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2016/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.3.2019
		1. en cardiologie:	
		– comme mesure préopératoire avant une transplantation cardiaque,	
		– en cas de suspicion de sarcoïdose cardiaque, comme diagnostic secondaire et contrôle thérapeutique	
		– en cas de suspicion d'infection d'implants cardiologiques;	
		2. en oncologie:	
		– selon les directives cliniques du 28 avril 2011 de la SSMN <sup>312</sup> , chapitre 1.0, pour TEP au FDG,	
		3. en neurologie:	
		– comme mesure préopératoire en cas d'épilepsie focale résistante à la thérapie,	
		– pour diagnostic de démence: comme examen complémentaire dans des cas peu clairs, après examen préalable par des spécialistes en gériatrie, psychiatrie ou neurologie; jusqu'à l'âge de 80 ans révolus, avec un test de Folstein (Mini-Mental-Status-Test) d'au moins 10 points et une démence durant depuis 5 ans au maximum; pas d'examen préalable par TEP ou TEMP,	
		4. En médecine interne et infectiologie:	
		– en cas de fièvre d'origine inconnue, après un examen non conclusif en médecine interne et en infectiologie et imagerie médicale y compris IRM ou TC, selon prescription par des spécialistes en médecine interne, en rhumatologie, en immunologie et en infectiologie,	
		– en cas de suspicion d'infection de greffons vasculaires,	
		– en cas d'échinococcose alvéolaire dans la perspective d'une éventuelle suspension du traitement médicamenteux;	
		5. En cours d'évaluation:	1.7.2014/ 1.1.2018/ 1.1.2019 jusqu'au 31.12.2019
		pour la question «effet de masse», selon les directives cliniques du 28 avril 2011 de la SSMN, chapitre 2.0, pour TEP au FDG.	
		b) Au moyen de N-13 Ammoniaque, seulement pour l'indication suivante: pour examiner la perfusion du myocarde (au repos et à l'effort) en vue d'évaluer	1.7.2013

<sup>312</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		l'ischémie du myocarde.	
		c) Au moyen de rubidium 82, seulement pour l'indication suivante: pour examiner la perfusion du myocarde (au repos et à l'effort) en vue d'évaluer l'ischémie du myocarde.	1.7.2013
		d) Au moyen de 18F-Fluorocholine, seulement pour les indications suivantes: pour examiner une récurrence biochimique démontrée (élévation du PSA) d'un carcinome prostatique	1.7.2014/ 1.1.2018/ 1.1.2019
		En cours d'évaluation: pour la localisation préopératoire d'un adénome parathyroïdien en cas d'hyperparathyroïdie primaire, si l'imagerie médicale conventionnelle est négative ou non conclusive (scintigraphie au sestamibi ou -TEMP/TC).	1.7.2018 jusqu'au 30.6.2020
		e) Au moyen de 18F Ethyl-Thyrosine (FET), seulement pour l'indication suivante: à des fins d'évaluation dans le cas des tumeurs cérébrales et de réévaluation dans le cas des tumeurs cérébrales malignes.	1.1.2016
		f) Au moyen du traceur PSMA, seulement pour l'indication suivante: pour examiner une récurrence biochimique démontrée (élévation du PSA) d'un carcinome prostatique.	1.1.2017/ 1.1.2019
		g) Au moyen de peptides DOTA, seulement pour l'indication suivante: tumeurs neuroendocrines différenciées: évaluation ( <i>staging</i> ) et réévaluation ( <i>restaging</i> ) du stade d'évolution de la maladie.	1.7.2017
		h) Au moyen de H <sub>2</sub> <sup>15</sup> O, seulement pour l'indication suivante: pour mesurer la perfusion avant et après une intervention de revascularisation cérébrale en cas de maladie de Moyamoya.	1.7.2018
	Non	a) Au moyen de 18F-Fluoride	1.1.2013/ 1.7.2014/
		b) Au moyen de 18F-Florbetapir	1.1.2015/ 1.1.2011/
		c) Avec d'autres isotopes que 18F-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), 18F-Fluorocholine, N-13 Ammoniaque, rubidium 82 ou 18F-Ethyl-Thyrosine (FET), PSMA, peptides DOTA ou H <sub>2</sub> <sup>15</sup> O	1.1.2016/ 1.7.2017/ 1.7.2018/ 1.1.2019
Magnétoencéphalographie	Non		1.7.2002
Elastographie impulsionnelle du foie	Oui	Pour le diagnostic et le suivi en cas de fibrose ou de cirrhose hépatique (par ex. par hépatite virale, prise régulière de toxines hépatiques).	1.1.2012

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
<i>9.3 Radiologie interventionnelle et radiothérapie</i>			
Irradiation thérapeutique par faisceau de protons	Non		1.1.1993
Radiothérapie stéréotaxique ambulatoire (photons) de la forme exsudative de la dégénérescence maculaire liée à l'âge	Oui	En cours d'évaluation Si toutes les conditions ci-après sont remplies: – néovascularisation choroïdienne (NVC) avec signes d'activité tels que liquide ou saignement dans l'espace sous-rétinien – traitement en cours par anti-VEGF sur une période d'au moins six mois, excluant ainsi l'hypothèse d'un traitement insuffisant – aucun changement d'activité au niveau de la NVC malgré un traitement intensif par injection et aucune baisse à prévoir de la fréquence, élevée et indispensable, des injections – diamètre de la NVC n'excédant pas 4 mm (centre localisé à 3 mm au maximum de la fovéa)	1.1.2018 jusqu'à 30.6.2020
Irradiation thérapeutique par faisceau de protons	Oui	Exécution à l'Institut Paul Scherrer, à Villigen. a) Mélanomes intraoculaires. b) Lorsqu'il n'est pas possible de procéder à une irradiation suffisante par faisceau de photons du fait d'une trop grande proximité d'organes sensibles au rayonnement ou du besoin de protection spécifique de l'organisme des enfants et des jeunes.  Pour les indications suivantes: – tumeurs du crâne (chordome, chondrosarcome, carcinome épidermoïde, adénocarcinome, carcinome adénoïde kystique, lymphoépithéliome, carcinome mucoépidermoïde, esthésioneuroblastome, sarcomes des parties molles et ostéosarcomes, carcinomes non différenciés, tumeurs rares telles que les paragangliomes) – tumeurs du cerveau et des méninges (gliomes de bas grade, 1 ou 2; méningiomes) – tumeurs extra-crâniennes au niveau de la colonne vertébrale, du tronc et des extrémités (sarcomes des tissus mous et de l'os) – tumeurs de l'enfant et de l'adolescent.  Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	28.8.1986/ 1.1.1993  1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011
	Non	– Radiothérapie postopératoire du cancer du sein – Cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) de stades UICC IIB et IIIA/B – Toutes les autres indications	1.7.2012/ 15.7.2015/ 1.1.2018

Mesure	Obligatoire-ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Radiochirurgie (LINAC, couteau gamma)	Oui	Indications: <ul style="list-style-type: none"> <li>– neurinome du nerf acoustique</li> <li>– récurrence d'adénome hypophysaire ou de crânio-pharyngiome</li> <li>– adénome hypophysaire ou crânio-pharyngiome, si l'ablation chirurgicale est impossible</li> <li>– malformation artérioveineuse</li> <li>– méningiome</li> </ul>	1.1.1996
	Oui	En cas de troubles fonctionnels, notamment: syndrome douloureux (p. ex., névralgie du trijumeau, algie vasculaire de la face), troubles moteurs (p. ex., tremblement essentiel, maladie de Parkinson), épilepsie (p. ex., épilepsie temporale, hamartome associé à une épilepsie, épilepsie extra-temporale)	1.1.1996/ 1.7.2012
Radiochirurgie par LINAC	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>– métastases cérébrales d'un volume maximum de 25 cm<sup>3</sup> 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;</li> <li>– tumeurs malignes primaires d'un volume de maximum de 25 cm<sup>3</sup> ou ne dépassant pas un diamètre de 3,5 cm, lorsque la localisation de la tumeur ne permet pas de l'opérer.</li> </ul>	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.1.2003
Radiochirurgie par couteau gamma	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>– métastases cérébrales d'un volume maximum de 25 cm<sup>3</sup> 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;</li> <li>– tumeurs malignes primaires d'un volume de maximum de 25 cm<sup>3</sup> ou ne dépassant pas un diamètre de 3,5 cm, lorsque la localisation de la tumeur ne permet pas de l'opérer.</li> </ul>	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.4.2003/ 1.7.2011
Implantation de marqueurs en or	Oui	Pour le traitement de la prostate par marquage	1.8.2008
Injection d'hydrogel àNon base de polyéthylène glycol		Comme dispositif d'éloignement entre la prostate et le rectum en cas de radiothérapie de la prostate	1.7.2012/ 1.7.2014
Radiothérapie interstitielle sélective (SIRT) recourant à des microsphères en résine chargées en yttrium 90	Oui	En cas de tumeurs hépatiques inopérables et résistantes à la chimiothérapie pour lesquelles une ablation locale n'est pas possible ou est restée sans effet.  Réalisation dans un centre hépato-biliaire interdisciplinaire comprenant un service de consultation ad hoc (chirurgie hépato-biliaire spécialisée, radiologie interventionnelle, médecine nucléaire et oncologie médicale).	1.7.2010

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Embolisation de fibrome de l'utérus	Oui	Par des spécialistes en radiologie attestant d'une expérience de la technique des radiologies interventionnelles. Installation angiographique moderne.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2010/ 1.1.2011/ 1.1.2013
Dissectomie percutanée par fluoroscopie et contrôle CT	Non		1.1.2014
Implantation transpérinéale d'un ballon biodégradable	Non	Dispositif d'écartement entre la prostate et le rectum en cas d'irradiation percutanée de la prostate.	1.1.2015
Hyperthermie superficielle régionale lors de traitement antitumoral combinée avec une radiothérapie externe ou une brachythérapie	Oui	Pour les indications suivantes: – Récidive d'un carcinome mammaire à la poitrine/paroi thoracique inopérable, dans une zone déjà irradiée – Métastases ganglionnaires liées à une tumeur ORL inopérable, dans une zone déjà irradiée – Métastases ganglionnaires superficielles et récurrence locale en cas de mélanome malin – Récurrence locale de tumeur avec symptômes de compression dans les situations palliatives  Les traitements se font dans une clinique rattachée au Swiss Hyperthermia Network. Indications par son <i>tumorboard</i> .	1.1.2017
Hyperthermie profonde régionale lors de traitement tumoral, combinée avec une radiothérapie externe ou une brachythérapie	Oui	Pour les indications suivantes: – cancer du col de l'utérus, en cas de contre-indications pour une chimiothérapie ou dans une zone déjà irradiée – carcinome de la vessie (maintien des fonctions), en cas de contre-indications pour une chimiothérapie ou dans une zone déjà irradiée – cancer du rectum (maintien des fonctions), en cas de contre-indications pour une chimiothérapie ou en cas de récurrence dans une zone déjà irradiée – sarcome des tissus mous (maintien des fonctions), en cas de contre-indications pour une chimiothérapie – cancer du pancréas, tumeur locale primaire, inopérable, à un stade avancé – récurrence locale de tumeur avec symptômes de compression dans les situations palliatives, profondeur du foyer > 5 cm – métastases osseuses, douloureuses, de la colonne vertébrale et du bassin, profondeur du foyer > 5 cm  Les traitements se font dans une clinique rattachée au Swiss Hyperthermia Network. Indications par son <i>tumorboard</i> .	1.1.2017/ 1.1.2019 jusqu'au 31.12.2020

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
<b>10 Médecine complémentaire</b>			
Acupuncture	Oui		1.7.1999/ 1.1.2012/ 1.8.2016/ 1.8.2017
Médecine anthropo- sophique	Oui		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2017
Pharmacothérapie de la médecine traditionnelle chi- noise	Oui		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2016/ 1.8.2017
Homéopathie clas- sique uniciste	Oui		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2016/ 1.8.2017
Phytothérapie	Oui		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2017
Thérapie neurale selon Huneke	Non		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.1999/ 1.1.2012/ 1.7.2012
<b>11 Réadaptation</b>			
Réadaptation hospita- lière	Oui	Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.1.2003
Réadaptation des patients souffrant de maladies cardio- vasculaires ou de diabète	Oui	Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.  La réadaptation en cas de diagnostic principal d'une maladie artérielle périphérique (MAP) et de diabète a lieu sous forme ambulatoire. La rééducation cardio-vasculaire peut faire l'objet d'un traitement ambulatoire ou hospitalier. Les critères suivants plaident en faveur d'un traitement hospitalier: – un risque cardiaque élevé – une insuffisance myocardique	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2010/ 1.7.2011 1.1.2013

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– une comorbidité (diabète sucré, COPD, etc.).</li> </ul> <p>La durée du traitement ambulatoire est de 2 à 6 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 simples, réduite à 2 ou 3 semaines.</p> <p>La réadaptation est pratiquée dans une institution dirigée par un médecin. Le déroulement du programme, le personnel et l'infrastructure doivent correspondre aux exigences suivantes:</p> <p>Réadaptation cardiaque: profil indiqué par le Groupe de travail pour la réhabilitation cardiaque de la Société suisse de cardiologie (GSRC, pour des cliniques de réhabilitation /institutions reconnues officiellement par le GSRC) le 15 mars 2011<sup>313</sup>.</p> <p>Réadaptation en cas de MAP: profil indiqué par la Société suisse d'angiologie le 5 mars 2009<sup>314</sup>.</p> <p>Réadaptation en cas de diabète: profil indiqué par la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie le 17 novembre 2010<sup>315</sup>.</p>	
	Oui	<p>Indications:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Patients ayant fait un infarctus du myocarde, avec ou sans PTCA</li> <li>– Patients ayant subi un pontage</li> <li>– Patients ayant subi d'autres interventions au niveau du cœur ou des gros vaisseaux</li> <li>– Patients après PTCA, en particulier après une période d'inactivité ou présentant de multiples facteurs de risque</li> <li>– Patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique et présentant de multiples facteurs de risque réfractaires à la thérapie mais ayant une bonne espérance de vie</li> <li>– Patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique et d'une mauvaise fonction ventriculaire</li> <li>– Patients souffrant d'un diabète sucré type II (limitation: au maximum une fois en trois ans).</li> </ul>	
	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Patients souffrant d'une maladie artérielle périphérique (MAP) à partir du stade IIa selon Fontaine</li> </ul>	1.7.2009/ 1.1.2013
	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Patients souffrant d'une maladie artérielle périphérique (MAP) au stade I selon Fontaine</li> </ul>	1.7.2013

<sup>313</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>314</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

<sup>315</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).



Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Réadaptation pulmo- naire	Oui	<p>Programmes pour patients souffrant de maladies pulmonaires chroniques graves.</p> <p>La thérapie peut être pratiquée en ambulatoire ou dans une institution dirigée par un médecin. Le déroulement du programme, le personnel et l'infrastructure doivent correspondre aux indications formulées en 2003 par la Commission de réadaptation pulmonaire de la Société suisse de pneumologie<sup>316</sup>.</p> <p>Le directeur du programme doit être reconnu par la Commission de réadaptation pulmonaire et de formation des patients de la Société suisse de pneumologie</p> <p>Prise en charge une fois par an au maximum.</p> <p>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p>	1.1.2005

<sup>316</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref).

Annexe Ia<sup>317</sup>  
(art. 3c)

## Restriction de prise en charge des coûts pour certaines interventions électives

### I. Liste des interventions électives à effectuer en ambulatoire

#### 1. Opérations des veines variqueuses des membres inférieurs

Les interventions marquées d'un astérisque (\*) ne doivent être effectuées en ambulatoire en principe que si elles sont unilatérales.

Code selon CHOP 2019 <sup>318</sup>	Dénomination
--	--------------

*Ligature et stripping de veines variqueuses (38.5):*

38.50	Ligature et stripping de veines variqueuses, site non précisé
-------	---

*Ligature et stripping de veines variqueuses des membres inférieurs (38.59), Détail de la sous-catégorie 38.59 (38.59.0):*

38.59.00	Ligature et stripping de veines variqueuses des membres inférieurs, SAP
38.59.10	Ligature, excision et stripping de veines variqueuses et veines perforantes des membres inférieurs (en tant qu'intervention indépendante)
38.59.20*	Crossectomie et stripping de veines variqueuses des membres inférieurs, SAP
38.59.21*	Crossectomie et stripping de la veine grande saphène
38.59.22*	Crossectomie et stripping de la veine petite saphène
38.59.30*	Crossectomie (isolée), SAP
38.59.31*	Crossectomie (isolée), veine grande saphène
38.59.32*	Crossectomie (isolée), veine petite saphène
38.59.40	Traitement de veines variqueuses par laser local
38.59.50	Traitement endoluminal de veines variqueuses
38.59.51	Traitement de veines variqueuses par laser endoveineux (EVLT)
38.59.52	Ablation endoveineuse de veines variqueuses par radiofréquence
38.59.59	Traitement endoluminal de veines variqueuses, autre
38.59.99	Ligature et stripping de veines variqueuses des membres inférieurs, autre

*Autre excision de vaisseau (38.6):*

38.69	Autre excision de veines de membre inférieur
-------	--

<sup>317</sup> Introduite par le ch. III al. 4 de l'O du DFI du 7 juin 2018 (RO 2018 2361). Nouvelle teneur selon le ch. II al. 2 de l'O du DFI du 30 nov. 2018, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2019 (RO 2018 5085).

<sup>318</sup> La classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP), version 2019, est disponible sur: [www.statistique.admin.ch](http://www.statistique.admin.ch) > Trouver des statistiques > Santé > Bases statistiques et enquêtes > Nomenclatures > Classifications et codages médicaux > Instruments pour le codage médical.

## 2. Interventions pour hémorroïdes

Code selon CHOP 2019	Dénomination
-------------------------	--------------

*Interventions pour hémorroïdes (49.4):*

49.41	Réduction d'hémorroïdes
49.42	Injection d'hémorroïdes
49.43	Cautérisation d'hémorroïdes
49.44	Destruction d'hémorroïdes par cryothérapie
49.45	Ligature d'hémorroïdes

*Excision d'hémorroïdes (49.46), Détail de la sous-catégorie 49.46 (49.46.0):*

49.46.00	Excision d'hémorroïdes, SAP
49.46.10	Excision d'hémorroïdes, hémorroïdopexie
49.46.11	Excision d'hémorroïdes, ligature d'artère hémorroïdale
49.46.12	Excision d'hémorroïdes avec plastie réparatrice
49.46.99	Excision d'hémorroïdes, autre
49.47	Évacuation d'hémorroïdes thrombosées

*Autres interventions pour hémorroïdes (49.49), Détail de la sous-catégorie 49.49 (49.49.0):*

49.49.00	Autres interventions pour hémorroïdes, SAP
49.49.10	Autres interventions pour hémorroïdes, sclérose
49.49.11	Autres interventions pour hémorroïdes, ligature élastique
49.49.99	Autres interventions pour hémorroïdes, autre

## 3. Opérations unilatérales des hernies

Les interventions électives suivantes ne doivent en principe être effectuées en ambulatoire que si:

- a. elles concernent un seul côté du corps;
- b. il ne s'agit pas d'une opération de récurrence.

Code selon CHOP 2019	Dénomination
-------------------------	--------------

*Réparation de hernie inguinale (53.0):*

53.00	Réparation de hernie inguinale, SAP
-------	-------------------------------------

*Opération de hernie inguinale, par chirurgie ouverte (53.06), Détail de la sous-catégorie 53.06 (53.06.0):*

53.06.11	Opération de hernie inguinale, par chirurgie ouverte, sans implantation de membranes ou filets
53.06.21	Opération de hernie inguinale, par chirurgie ouverte, avec implantation de membranes et filets

Code selon CHOP 2019	Dénomination
-------------------------	--------------

*Opération de hernie inguinale, par laparoscopie (53.07), Détail de la sous-catégorie 53.07 (53.07.0):*

53.07.11	Opération de hernie inguinale, par laparoscopie, sans implantation de membranes ou filets
53.07.21	Opération de hernie inguinale, par laparoscopie, avec implantation de membranes et filets
53.09*	Réparation de hernie inguinale, autre

#### 4. Examens/interventions au niveau du col utérin ou de l'utérus

Les interventions marquées du signe « ° » ne doivent en principe être effectuées en ambulatoire que si elles sont indépendantes d'un accouchement.

Code selon CHOP 2019	Dénomination
-------------------------	--------------

*Opérations du col utérin (67):*

67.0	Dilatation du canal cervical
------	------------------------------

*Techniques diagnostiques concernant le col utérin (67.1):*

67.11	Biopsie endocervicale
67.12	Autre biopsie du col utérin
67.19	Autres techniques diagnostiques concernant le col utérin
67.2	Conisation du col utérin

*Autre excision ou destruction de lésion ou de tissu du col utérin (67.3):*

67.31	Marsupialisation de kyste du col utérin
67.32	Destruction de lésion du col utérin par cautérisation
67.33	Destruction de lésion du col utérin par cryochirurgie
67.34	Destruction de lésion ou de tissu du col utérin par électrocoagulation
67.35	Destruction de lésion ou de tissu du col utérin par coagulation au laser
67.39	Autre excision ou destruction de lésion ou de tissu du col utérin

*Techniques diagnostiques concernant l'utérus et les structures de soutien (68.1):*

68.11	Examen digital de l'utérus
-------	----------------------------

*Endoscopie diagnostique de l'utérus et des structures de soutien (68.12), Détail de la sous-catégorie 68.12 (68.12.0):*

68.12.00	Endoscopie diagnostique de l'utérus et des structures de soutien, SAP
68.12.10	Hystérocopie, SAP
68.12.11	Hystérocopie diagnostique
68.12.12	Hystérosalpingoscopie diagnostique
68.12.19	Hystérocopie, autre
68.12.99	Endoscopie diagnostique de l'utérus et des structures de soutien, autre
68.15	Biopsie fermée des ligaments utérins
68.16	Biopsie fermée de l'utérus

Code selon CHOP 2019	Dénomination
-------------------------	--------------

*Autres opérations de l'utérus et des structures de soutien (69), Dilatation et curetage de l'utérus (69.0):*

69.02°	Dilatation et curetage utérin après accouchement ou avortement
69.09	Autre dilatation et curetage de l'utérus

*Aspiration curetage de l'utérus (69.5):*

69.52°	Aspiration curetage d'utérus après accouchement ou avortement
69.59	Aspiration curetage de l'utérus, autre

## 5. Arthroscopies du genou, y compris opérations du ménisque

Code selon CHOP 2019	Dénomination
-------------------------	--------------

*Arthroscopie, genou (80.26), Détail de la sous-catégorie 80.26 (80.26.0):*

80.26.00	Arthroscopie, genou, SAP
80.26.10	Arthroscopie diagnostique, genou
80.26.99	Arthroscopie, genou, autre

*Méniscectomie du genou (80.6), Méniscectomie du genou (80.6X), Détail de la sous-catégorie 80.6X (80.6X.0):*

80.6X.00	Méniscectomie du genou, SAP
80.6X.10	Méniscectomie du genou, sous arthroscopie, partielle
80.6X.11	Méniscectomie du genou, sous arthroscopie, totale
80.6X.99	Méniscectomie du genou, autre

*Autre excision ou destruction locale de lésion articulaire, genou (80.86), Détail de la sous-catégorie 80.86 (80.86.0):*

80.86.11	Débridement de l'articulation du genou
80.86.13	Excision de kyste méniscal de l'articulation du genou

## 6. Opérations sur des amygdales et des végétations adénoïdes

Code selon CHOP 2019	Dénomination
-------------------------	--------------

*Amygdalectomie, sans excision de végétations adénoïdes (28.2):*

28.2X.10	Résection partielle d'amygdale, sans excision de végétations adénoïdes
28.6	Excision de végétations adénoïdes, sans amygdalectomie

## II. Critères à satisfaire pour un traitement en milieu hospitalier

### Remarque introductive

L'astérisque (\*) qui suit le code CIM-10 dans la dernière colonne du tableau signifie que tous les codes CIM-10 débutant avec cette racine (= lettre et numéro avant l'astérisque) sont concernés par la réglementation définie dans la ligne.

N°	Catégorie	Critère	Référence selon les données standard de MedStat <sup>319</sup> (classification CIM-10-GM, version 2018 <sup>320</sup> , âge)
<b>Âge</b>			
1.1	Enfant	≤3 ans	Âge
<b>Comorbidité somatique sévère ou instable</b>			
2.1	Malformations	Malformations congénitales de l'appareil circulatoire ou respiratoire	Q20*–Q34*
3.1	Système circulatoire	Insuffisance ventriculaire; NYHA >II	I50.13; I50.14; I50.04 !; I50.05 !
3.2		Hypertension artérielle difficile à réguler	non codé
4.1	Problème broncho-pulmonaire, seulement en cas d'anesthésie générale	BPCO GOLD >II	J44*, cinquième position -0 ou -1
4.2		Asthme instable ou exacerbé	non codé
4.3		Syndrome d'apnée obstructive du sommeil, SAOS avec IAH ≥15 et pas de CPAP possible à domicile	non codé
4.4		Oxygénothérapie de longue durée	non codé
5.1	Anomalies de la coagulation	Anomalies de la coagulation, purpura et autres affections hémorragiques	D65*–69*
5.2		Traitement médical anticoagulant	Z92.1
5.3	Anticoagulation	Double antiagrégation plaquettaire	non codé
6.1	Insuffisance rénale	Insuffisance rénale, stade >3	N18.4; N18.5
7.1	Métabolisme	Diabète sucré difficile à réguler, instable	non codé
7.2		Obésité (IMC ≥40) (chez les enfants: >97 <sup>e</sup> percentile)	E66*, cinquième position -2, -4, -5

<sup>319</sup> La statistique médicale des hôpitaux peut être consultée à l'adresse suivante: [www.statistique.admin.ch](http://www.statistique.admin.ch) > Trouver des statistiques > Santé > Bases statistiques et enquêtes > Statistique médicale des hôpitaux.

<sup>320</sup> La classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> révision, German Modification, version 2018 (CIM-10-GM, version 2018) peut être consultée à l'adresse suivante: [www.statistique.admin.ch](http://www.statistique.admin.ch) > Trouver des statistiques > Santé > Bases statistiques et enquêtes > Nomenclatures > Classifications et codage médicaux > Instruments pour le codage médical > CIM-10-GM.

N°	Catégorie	Critère	Référence selon les données standard de MedStat (classification CIM-10-GM, version 2018, âge)
7.3		Malnutrition/cachexie (IMC <17,5, chez les enfants: PYMS-Score <3 <sup>e</sup> et définition des stades de la malnutrition chez les enfants selon le manuel de codage <sup>321</sup> )	E40*–E46*, à l'exception de E44.1; R64; R63.6
7.4		Anomalies sévères du métabolisme	E70*–E72*; E74*–E77*; E80*; E84*; E85*
9.1	Psychisme	Dépendances (alcool, médicaments, drogue) avec complications	F10*–19*, quatrième position -0, -3, -4, -5, -6
9.2		Troubles mentaux sévères et instables, qui rendent impossible le suivi du traitement après une intervention ambulatoire	non codé
<b>Autres facteurs</b>			
90		Besoin d'une surveillance permanente	Z74.3
91		Problèmes de compréhension pertinents avec le patient	non codé
92		Aucun interlocuteur, ou personne d'encadrement, compétent et majeur à domicile ou disponible par téléphone et à proximité pendant les 24 heures suivant l'intervention	non codé
93		Aucune possibilité de transport jusqu'au domicile après l'intervention ou à nouveau vers un hôpital, y c. le taxi	non codé
94		Temps de parcours de >60 min. jusqu'à un hôpital disposant d'un service d'urgence permanent et de l'unité spécialisée correspondante	non codé

<sup>321</sup> Manuel de codage médical, BFS, version 2019, annexe: Malnutrition, définition des stades de la malnutrition dans l'annexe. Peut être consultée à l'adresse suivante: [www.statistique.admin.ch](http://www.statistique.admin.ch) > Trouver des statistiques > Santé > Système de santé > Nomenclatures > Classifications et codage médicaux > Instruments pour le codage médical.

*Annexe 2<sup>322</sup>*  
(art. 20a)

## Liste des moyens et appareils

<sup>322</sup> Cette annexe n'est pas publiée au RO (RO **2009** 2821 6083, **2010** 2755 5837, **2011** 2669 6487, **2012** 3553 6587, **2013** 5329, **2014** 1251 4393, **2015** 2197 5125, **2016** 2537 4639, **2017** 3487 7151, **2018** 2361 2375 5085, **2019** 439). La liste peut être consultée sur le site de l'OFSP à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch) > Assurances > Assurance-maladie > Prestations et tarifs > Liste de moyens et appareils (LiMA).



*Annexe 3<sup>323</sup>*  
(art. 28)

## Liste des analyses

<sup>323</sup> Cette annexe n'est pas publiée au RO (RO **2009** 1669 3173 6083, **2010** 2755 5837, **2011** 2669 6487, **2012** 3553 4347 6587, **2013** 5329, **2014** 1251 3487 4393, **2015** 2197 5125, **2016** 2537 4639, **2017** 3487 7151, **2018** 2361 5085, **2019** 439 1931). La liste peut être consultée sur le site de l'OFSP à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch) > Assurances > Assurance-maladie > Prestations et Tarifs > Liste des analyses (LA).

*Annexe 4<sup>324</sup>*  
(art. 29)

## Liste des médicaments avec tarif

<sup>324</sup> Cette annexe n'est pas publiée au RO (RO **2005** 2875). La liste peut être consultée sur le site de l'OFSP à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch) > Assurances > Assurance-maladie > Prestations et tarifs > Médicaments.