

Annexe 1

de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)

Edition du 1^{er} janvier 2021



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie
(Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS)
RS 832.112.31

Annexe 1¹
(art. 1)

Annexe 1 de l'OPAS

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

Edition du 1^{er} janvier 2021

*tient compte des modifications décidées le 30 novembre 2020 par le Département fédéral de l'intérieur (DFI)
(RO 2020 2858, n. 163 du 21 décembre 2020)*

¹ Pas publiée dans le RO. Peut être consultée sur le site Internet de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) à l'adresse : www.ofsp.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Prestations et tarifs > Prestations médicales > Annexe 1 OPAS

Table des matières

1 Chirurgie	4
1.1 Chirurgie générale	4
1.2 Chirurgie de transplantation	6
1.3 Orthopédie, traumatologie.....	8
1.4 Urologie et proctologie	10
2 Médecine interne	13
2.1 Médecine interne générale.....	13
2.2 Maladies cardio-vasculaires, médecine intensive	19
2.3 Neurologie, y compris la thérapie des douleurs et l'anesthésie	21
2.4 Médecine physique, rhumatologie.....	26
2.5 Oncologie.....	27
3 Gynécologie, obstétrique, médecine de la procréation	30
4 Pédiatrie, psychiatrie de l'enfant	32
5 Dermatologie	35
6 Ophtalmologie.....	36
7 Oto-rhino-laryngologie.....	38
8 Psychiatrie	39
9 Radiologie.....	42
9.1 Radiodiagnostic	42
9.2 Autres procédés d'imagerie.....	43
9.3 Radiologie interventionnelle et radiothérapie.....	46
10 Médecine complémentaire	49
11 Réadaptation	50

1 Chirurgie

1.1 Chirurgie générale

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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
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'obésité².</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>	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2014/ 1.1.2018
Chirurgie métabolique	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <p>Le patient présente un diabète sucré de type 2 mal ajustable et un indice de masse corporelle (IMC) de 30 à 35. Le diabète sucré de type 2 ne peut pas être suffisamment ajusté sur une période d'au moins 12 mois en raison d'une réponse insuffisante à une thérapie non chirurgicale conforme aux directives.</p> <p>Indication, réalisation, assurance de la qualité et contrôle de suivi selon les directives médicales de la <i>Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders</i> (SMOB) du 31 octobre 2017³ pour le traitement chirurgical de la surcharge pondérale.</p> <p>Réalisation dans des centres qui, de par leur organisation et leur personnel, sont en mesure de respecter les directives médicales de la SMOB du 31 octobre 2017 et.</p>	1.1.2021 jusqu'au 31.12.2025

² Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

³ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		Les centres qui sont reconnus par la SMOB conformément à ses directives administratives du 31 octobre 2017 sont réputés avoir satisfait à cette exigence. Lorsque l'intervention doit être effectuée dans un centre qui n'est pas reconnu par la SMOB, elle est prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	
Traitement de l'adiposité par ballonnet intragastrique	Non		25.8.1988
Ablation thermique endoveineuse de veines saphènes en cas de varices	Oui	Par radiofréquence ou laser Par des médecins ayant suivi une formation postgraduée qui corresponde au programme de formation complémentaire en ablation thermique endoveineuse de veines saphènes en cas de varices du 1 ^{er} janvier 2016, révisé le 29 septembre 2016 ⁴ .	1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2016/ 1.1.2021
Ablation thermique endoveineuse de veines saphènes en cas de varices	Oui	Par radiofréquence ou laser Seulement par des médecins avec attestation de formation continue (AFC) en ablation thermique endoveineuse de veines saphènes en cas de varices.	1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2016
Traitement des varices par ablation mécano-chimique endoveineuse de type Clarivein®	Non		1.7.2013
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 ⁵	Oui	Prise en charge seulement si l'intervention ne peut pas, en raison de circonstances particulières, être effectuée en ambulatoire.	1.1.2019

⁴ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

⁵ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

1.2 Chirurgie de transplantation

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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 ⁶ et à l'art. 12 de l'ordonnance du 16 mars 2007 sur la transplantation ⁷ . 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.	1.1.2003/ 1.4.2020
Transplantation cœur-poumon	Non		31.8.1989/1 .4.1994
Transplantation isolée du foie	Oui		31.8.1989/ 1.3.1995/ 1.4.2020
Transplantation du foie d'un donneur vivant	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 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/ 1.4.2020
Transplantation simultanée du pancréas et du rein	Oui		1.1.2003/ 1.4.2020
Transplantation du pancréas après une transplantation du rein	Oui		1.7.2010/ 1.4.2020
Transplantation isolée du pancréas	Oui		31.8.1989/1 .4.1994/ 1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020
Transplantation simultanée d'îlots de Langerhans et du rein	Oui		1.7.2010/ 1.4.2020
Transplantation d'îlots de Langerhans après une transplantation du rein	Oui		1.7.2010/ 1.4.2020
Allotransplantation isolée d'îlots de Langerhans	Oui		1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020

⁶ RS 810.21

⁷ RS 810.211

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Autotransplantation isolée d'îlots de Langerhans	Oui		1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020
Transplantation isolée de l'intestin grêle	Oui		1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020
Transplantation de l'intestin grêle et du foie et transplantation multiviscérale	Oui		1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020
Grefte 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

1.3 Orthopédie, traumatologie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire d'un lubrifiant artificiel	Non		25.3.1971
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire de téflon ou de silicone en tant que «lubrifiant»	Non		12.5.1977
Traitement de l'arthrose par injection d'une solution mixte contenant de l'huile iodoforme	Non		1.1.1997
Thérapie par ondes de choc extracorporelles (lithotripsie) appliquée à l'appareil locomoteur	Non		1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2002
Thérapie par ondes de choc radiales	Non		1.1.2004
Greffe 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 ² . Traitement des lésions osseuses ou cartilagineuses en cas d'ostéochondrite disséquante de l'articulation du genou. 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/ 1.1.2021
Greffe autologue de chondrocytes	Oui	En cours d'évaluation Traitement des lésions osseuses post-traumatiques de l'articulation du genou. Selon les recommandations et la liste des indications et contre-indications énumérées dans la fiche d'information 2019.147.829.01-1 ⁸ du 10 décembre 2019 de la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM). Traitement des lésions osseuses en cas d'ostéochondrite disséquante de l'articulation du genou. 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/ 1.1.2020/ 1.1.2021 jusqu'au 31.12.2024
Viscosupplémentation pour le traitement de l'arthrose	Non		1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2007
Cyphoplastie à ballonnet pour le traitement des fractures vertébrales	Oui	Fractures récentes, douloureuses, du corps vertébral qui ne répondent pas au traitement analgésique et qui montrent une déformation ayant besoin d'être corrigée.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>Indications selon les lignes directrices du 23 septembre 2004 de la Société suisse de chirurgie spinale⁹.</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>	
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

9

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

1.4 Urologie et proctologie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Uroflowmétrie (mesure du flux urinaire par enregistrement de courbes)	Oui		3.12.1981/ 1.1.2012
Lithotripsie rénale extra corporelle par ondes de choc (ESWL), fragmentation des calculs rénaux	Oui	Indications L'ESWL est indiquée lorsque le traitement conservateur n'a pas eu de succès et que l'élimination spontanée du calcul est considérée comme improbable, vu sa localisation, sa forme et sa dimension, en cas de a. lithiases du bassinet; b. lithiases calicielles; c. lithiases de l'uretère. Les risques accrus entraînés par la position particulière du patient en cours de narcose exigent une surveillance anesthésique appropriée (formation spéciale des médecins et du personnel paramédical – aides en anesthésiologie – et appareils adéquats de surveillance).	22.8.1985/ 1.8.2006
Traitement chirurgical des troubles de l'érection			
– Prothèses péniennes	Non		1.1.1993/ 1.4.1994
– Chirurgie de revascularisation	Non		1.1.1993/ 1.4.1994
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 (HETUMT)	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	En tant que thérapie de deuxième ou troisième ligne, après échec des mesures conservatrices et considération des options de traitement non invasives ou mini-invasives (neurostimulation tibiale / pudendale, injections d'onabotulinumtoxinA dans le détrusor) Pose de l'indication, réalisation, contrôles de suivi et assurance de la qualité, comme prévu dans les directives médicales neuromodulation sacrée de la «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSNM)» du 9 avril 2020 ¹⁰ . La pose de l'indication et les interventions (implantation des électrodes et du neuromodulateur) doivent être effectuées exclusivement par des spécialistes en urologie	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.7.2020

10

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

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		avec formation approfondie en neuro-urologie (programme de formation postgraduée du 1 ^{er} juillet 2014, révisé le 19 octobre 2017 ¹¹). Réalisation dans des centres qui remplissent les directives médicales de la SSSNM du 9 avril 2020 ¹² du point de vue de leur organisation et du personnel. Les centres reconnus par la SSSNM sont réputés respecter lesdites directives. Si l'intervention doit se dérouler dans un centre non reconnu par la SSSNM, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie, qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.	
Électroneuromodulation des racines sacrées à l'aide d'un système implanté pour le traitement de l'incontinence fécale	Oui	Après échec des traitements conservateurs et/ou chirurgicaux (y compris la réadaptation). Pose de l'indication, réalisation, contrôles de suivi et assurance de la qualité, comme prévu dans les directives médicales neuromodulation sacrée de la «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)» du 9 avril 2020. La pose de l'indication et les interventions (implantation des électrodes et du neuromodulateur) doivent être effectuées exclusivement par des spécialistes en chirurgie avec formation approfondie en chirurgie viscérale (programme de formation postgraduée du 1 ^{er} janvier 2020 ¹³). Réalisation dans des centres qui remplissent les directives médicales de la SSSNM du 9 avril 2020 du point de vue de leur organisation et du personnel. Les centres reconnus par la SSSNM sont réputés respecter lesdites directives. Si l'intervention doit se dérouler dans un centre non reconnu par la SSSNM, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie, qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.	1.1.2003/ 1.1.2008/ 1.7.2020
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 et réalisation exclusivement par des spécialistes en urologie ou en gynécologie et obstétrique avec formation approfondie en urogynécologie (programme de formation postgraduée du 1 ^{er} janvier 2016, révisé le 16 février 2017 ¹⁴) (en cas d'hyperactivité vésicale) ou par des spécialistes en gastroentérologie ou en chirurgie avec formation approfondie en chirurgie viscérale (programme de formation postgraduée du 1 ^{er} janvier 2020) (en cas d'incontinence fécale).	1.3.2019/ 1.7.2019

¹¹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

¹² Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

¹³ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

¹⁴ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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 (programme de formation postgraduée du 1 ^{er} janvier 2016, révisé le 16 février 2017).	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 carcinome de la prostate	Non		1.7.2009
Vaporisation transurétrale photosélective de la prostate par laser (VPP)	Oui	Symptômes du syndrome d'obstruction prostatique.	1.7.2011

2 Médecine interne

2.1 Médecine interne générale

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Thérapie par injection d'ozone	Non		13.5.1976
Traitement par O ₂ hyperbare	Oui	En cas de : – lésions actiniques chroniques ou tardives;	1.4.1994
		– ostéomyélite aiguë de la mâchoire; – ostéomyélite chronique;	1.9.1988
		– syndrome du pied diabétique au stade ≥2B selon la classification Wagner-Armstrong;	1.7.2011
		– 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 ¹⁵ .	1.1.2006/ 1.7.2011
	Non	– surdité soudaine neurosensorielle idiopathique;	1.1.2016
Cellulothérapie à cellules fraîches	Non		1.1.1976
Sérocythothérapie	Non		3.12.1981
Traitement de l'adiposité	Oui	– si le poids est supérieur de 20 % ou plus au poids idéal maximal;	7.3.1974
		– si une maladie concomitante peut être avantageusement influencée par la réduction du poids.	
– 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 à domicile	Oui		27.11.1975
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» ¹⁶ de janvier 2013	1.7.2002/ 1.7.2012/ 1.7.2013
Nutrition parentérale à domicile	Oui		1.3.1995

¹⁵ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

¹⁶ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
LDL-Aphérèse	Oui	Hypercholestérolémie familiale homozygote Mise en oeuvre dans un centre qui dispose de l'infrastructure et de l'expérience nécessaire.	25.8.1988/ 1.1.2005
	Non	Hypercholestérolémie familiale hétérozygote	1.1.1993/ 1.3.1995/ 1.1.2005
	Non	En cas de hypercholestérolémie réfractaire à la thérapie	1.1.2007
Greffe de cellules souches hémato-poïétiques		Dans les centres reconnus par le groupe «Swiss Blood Stem Cell Transplantation and Cellular Therapy» (SBST). 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 ^e édition de mars 2018 ¹⁷ . 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 ¹⁸ et à l'art. 12 de l'ordonnance du 16 mars 2007 sur la transplantation ¹⁹ . La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de décès du donneur est exclue.	1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.3.2019
– 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.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 jusqu'au 31.12.2022

¹⁷ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

¹⁸ RS 810.21

¹⁹ RS 810.211

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		En cas d'échec de la thérapie conventionnelle ou de progression de la maladie.	
	Non	<ul style="list-style-type: none"> – 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 myéloblastique – leucémie myéloïde chronique – maladie de Crohn – diabète sucré 	1.1.1997/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018
– allogénique	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – leucémie myéloïde aiguë – leucémie lymphatique aiguë – leucémie myéloïde chronique – syndrome myéloblastique – anémie aplasique – déficit immunitaire et enzymopathie congénitale – thalassémie et anémie drépanocytaire – myélome multiple – tumeur du système lymphatique (lymphome de Hodgkin, lymphome non hodgkinien, leucémie lymphatique chronique) 	1.1.1997/ 1.1.2013/ 1.1.2018
	Oui	<p>Dans le cadre d'études cliniques multicentriques prospectives:</p> <ul style="list-style-type: none"> – en cas de maladie auto-immune. <p>Prise en charge 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>	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 jusqu'au 31.12.2022
	Non	<ul style="list-style-type: none"> – 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
Lithotritie des calculs biliaires	Oui	Calcul biliaire intrahépatique; calcul biliaire extra-hépatique dans la région du pancréas et du cholédoque.	1.4.1994
		Calculs intrarésiculaires lorsque le patient est inopérable (y compris par une cholécystectomie laparoscopique).	
Polysomnographie Polygraphie	Oui	<p>En cas de forte suspicion de:</p> <ul style="list-style-type: none"> – syndrome de l'apnée du sommeil – mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil – narcolepsie, lorsque le diagnostic clinique est incertain – parasomnie sévère (par ex. dystonie épileptique nocturne ou comportements violents pendant le sommeil), lorsque le diagnostic est incertain et qu'une thérapie s'impose. 	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.7.2017/ 1.7.2020

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>Pose de l'indication et exécution par des centres qui répondent aux conditions des « Directives pour la reconnaissance des Centres de Médecine du Sommeil et pour l'obtention du certificat pour l'enregistrement de polygraphies respiratoires » du 1 janvier 2019²⁰ de la «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC).</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 recommandation du médecin-conseil.</p>	
	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	<p>En cas de forte suspicion de:</p> <ul style="list-style-type: none"> – troubles de l'endormissement et du sommeil, lorsque le diagnostic initial est incertain et seulement lorsque le traitement comportemental ou médicamenteux est sans succès; – troubles persistants du rythme circadien, lorsque le diagnostic est incertain. 	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003
	Non	Frères et sœurs de nourrissons décédés du syndrome de mort subite.	1.7.2011
Polygraphie	Oui	<p>Forte suspicion d'un syndrome de l'apnée du sommeil.</p> <p>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 reconnaissance des Centres de Médecine du Sommeil et pour l'obtention du certificat pour l'enregistrement de polygraphies respiratoires » du 1 janvier 2019²¹ de la «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) 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)²².</p> <p>Les médecins spécialistes (pneumologie ou ORL) reconnus par la Société suisse de pneumologie (SSP) ou la SSORL sont réputés satisfaire à ces conditions.</p> <p>Si l'examen est exécuté par un médecin spécialiste non reconnu par la SSP ou la SSORL, il est nécessaire de demander</p>	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/ 15.7.2015/ 1.7.2017/ 1.7.2020

²⁰ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

²¹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

²² Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.	
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 reconnaissance des Centres de Médecine du Sommeil et pour l'obtention du certificat pour l'enregistrement de polygraphies respiratoires » du 1 janvier 2019 ²³ de la SSSSC. Les centres reconnus par la SSSSC sont réputés satisfaire à ces conditions. 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 recommandation du médecin-conseil.	1.1.2000/ 1.7.2017/ 1.7.2020
Test de maintien de l'éveil (<i>maintenance of wakefulness test</i>)	Oui	Pose de l'indication et exécution par des centres qui répondent aux conditions des « Directives pour la reconnaissance des Centres de Médecine du Sommeil et pour l'obtention du certificat pour l'enregistrement de polygraphies respiratoires » du 1 janvier 2019 ²⁴ de la SSSSC. Les centres reconnus par la SSSSC sont réputés satisfaire à ces conditions. 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 recommandation du médecin-conseil.	1.1.2000/ 1.7.2017/ 1.7.2020
Actigraphie	Oui	Pose de l'indication et exécution par des centres qui répondent aux conditions des « Directives pour la reconnaissance des Centres de Médecine du Sommeil et pour l'obtention du certificat pour l'enregistrement de polygraphies respiratoires » du 1 janvier 2019 ²⁵ de la SSSSC. Les centres reconnus par la SSSSC sont réputés satisfaire à ces conditions. 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 recommandation du médecin-conseil.	1.1.2000/ 1.7.2017/ 1.7.2020
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

²³ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

²⁴ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

²⁵ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Calorimétrie et/ou mesure de la densité corporelle dans le traitement de l'adiposité	Non		1.1.2004
Capsule-endoscopie	Oui	Pour examen de l'intestin grêle, de l'angle de Treitz à la valvule iléocœcale – hémorragies d'origine inconnue – inflammation chronique de l'intestin grêle. Si la gastroscopie et la colonoscopie se sont révélées négatives. Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.1.2004/ 1.1.2006
Photophérèse extracorporelle	Oui	Réticulomatose cutanée (syndrome de Sézary ou mycose fongique erythrodermique de stade IIIA, IIIB, IV).	1.1.1997/ 1.7.2020
	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/ 1.1.2020 jusqu'au 31.12.2021

2.2 Maladies cardio-vasculaires, médecine intensive

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Insufflation d'oxygène	Non		27.6.1968
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
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"> – insuffisance chronique sévère (NYHA III ou IV) avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche $\leq 35\%$ malgré traitement médicamenteux adéquat; – bloc de branche gauche avec allongement du QRS ≥ 130 millisecondes. <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 endocoronarienne	Non		1.1.2003
Implantation de stent coronariens à libération de médicaments	Oui		1.1.2005
Angioplastie coronaire avec cathéter à ballonnet recouvert de Paclitaxel	Oui	<p>Indications:</p> <ul style="list-style-type: none"> – resténose intrastent – sténose de petites artères coronaires 	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 «Mitra Swiss Registry»</p>	1.1.2013
Implantation trans-cathéter de valve aortique (TAVI) En cas de sténose aortique sévère, chez les patients inopérables ou à haut risque opératoire (risque de mortalité selon le score de la Society of	Oui	<p>Lorsque les conditions (cumulatives) suivantes sont remplies:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'indication et l'exécution se font selon les directives européennes: «2017 ESC/EACTS 	1.7.2013/ 1.1.2019/ 1.7.2019/ 1.7.2020

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Thoracic Surgeons et EuroScore II $\geq 8\%$)		<p>Guidelines for the management of valvular heart disease » du 26 août 2017²⁶;</p> <ol style="list-style-type: none"> la procédure TAVI ne peut être pratiquée que dans les institutions pratiquant la chirurgie cardiaque sur place; 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; tous les centres pratiquant la procédure TAVI doivent fournir leurs données au SWISS TAVI Registry. 	
Implantation trans-cathéter de valve aortique (TAVI) En cas de sténose aortique sévère, chez les patients à risque opératoire moyen (risque de mortalité selon le score de la Society of Thoracic Surgeons et EuroScore II de 4 à 8%)	Oui	<p>En cours d'évaluation.</p> <p>Lorsque les conditions (cumulatives) suivantes sont remplies:</p> <ol style="list-style-type: none"> l'indication et l'exécution se font selon les directives européennes « 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease » du 26 août 2017²⁷; la procédure TAVI ne peut être pratiquée que dans les institutions pratiquant la chirurgie cardiaque sur place; 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; tous les centres pratiquant la procédure TAVI doivent fournir leurs données au SWISS TAVI Registry. 	1.7.2020 bis 30.6.2023
Implantation trans-cathéter de valve aortique (TAVI) En cas de sténose aortique sévère, chez les patients à risque opératoire faible (risque de mortalité selon le score de la Society of Thoracic Surgeons et EuroScore II < 4%)	Non		1.7.2020
Électrostimulation des barorécepteurs au moyen d'un système neurosti-mulateur implanté	Non		1.4.2020
Phonocardiographie / test rapide acoustique	Non		1.1.2021

26

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

27

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

2.3 Neurologie, y compris la thérapie des douleurs et l'anesthésie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Potentiels évoqués visuels dans le cadre d'examen neurologiques spéciaux	Oui		15.11.1979
Électrostimulation 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
Électrostimulation 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
Électroneuro-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	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.	1.7.2002

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
réfractaire aux traitements non chirurgicaux		Examens et opérations dans des centres spécialisés qui disposent des infrastructures nécessaires (neurochirurgie fonctionnelle, neurologie, électrophysiologie neurologique, neuroradiologie).	
Traitement par ultrasons focalisés du pallidum, du thalamus et du noyau subthalamique	Oui	Pour le traitement d'un tremblement non parkinsonien (diagnostic établi), progression des symptômes sur un minimum de deux ans, contrôle insuffisant des symptômes par le traitement médicamenteux ;	15.7.2015/ 1.7.2020
	Oui	En cours d'évaluation. Pour le traitement d'un tremblement non parkinsonien (diagnostic établi), progression des symptômes sur un minimum de deux ans, contrôle insuffisant des symptômes par le traitement dopaminergique (phénomène off, fluctuations on/off, dyskinésies on) Gestion d'un registre d'évaluation	15.7.2015/ 1.7.2020 jusqu'au 31.12.2021
	Oui	En cours d'évaluation. Pour le traitement des douleurs neuropathiques graves chroniques, réfractaires au traitement. Gestion d'un registre d'évaluation	15.7.2015/ 1.7.2020/ 1.1.2021 jusqu'au 31.12.2025
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 ²⁸).	1.7.2014
Résection curative d'un foyer épileptogène	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – Preuve de l'existence d'une épilepsie focale. – Fort handicap du patient en raison de souffrances dues à la maladie comitiale. – Résistance à la pharmacothérapie. – Investigations et exécution dans un centre pour épileptiques qui dispose des équipements diagnostiques adéquats (en électrophysiologie, IRM₊ etc.), d'un service de neuro-psychologie, du savoir-faire chirurgical et thérapeutique et de possibilités de suivi du traitement. 	1.1.1996/ 1.8.2006
Chirurgie palliative de l'épilepsie par: <ul style="list-style-type: none"> – commissurotomie – opération sous-apiale multiple (selon Morell-Whisler) – stimulation du nerf vague 	Oui	<p>Prise en charge 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</p>	1.1.1996/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.8.2006/ 1.1.2009

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		savoir-faire chirurgical et thérapeutique et de possibilités de suivi du traitement.	
Opération au laser (décompression au laser) de la hernie discale	Non		1.1.1997
Traitement électrothermique intradiscal	Non		1.1.2004
Cryoneurolyse	Non	Pour le traitement des douleurs des articulations intervertébrales lombaires	1.1.1997
Dénervation par radiofréquence d'articulation facettaire	Non		1.1.2004/ 1.1.2005
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"> – Instabilité de la colonne vertébrale avec hernie discale, récurrence de hernie discale ou sténose chez des patients présentant un syndrome vertébral ou radiculaire invalidant, résistant au traitement conservateur, causé par une pathologie dégénérative de la colonne vertébrale avec instabilité, cliniquement et radiologiquement vérifiées. – Après échec d'une spondylodèse postérieure avec système de vis pédiculaires. 	1.1.1999/ 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004
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"> – Dégénérescence de 2 segments maximum – Absence de cyphose segmentaire primaire – Prise en compte de toutes les contre-indications générales. <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>	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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 thérapeutiques stationnaires, de douleurs incontrôlables.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dégénérescence de 2 segments maximum – Absence d'arthrose primaire des articulations vertébrales – Prise en compte de toutes les contre-indications générales. <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>
Stabilisation interépineuse et dynamique de la colonne vertébrale	Oui	<p>Indication:</p> <p>Sténose vertébrale dynamique, sténose vertébrale avec décompression, récurrence 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 postérieur et stabilisation dynamique de la colonne vertébrale	Oui	<p>Indications:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 	<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	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>– Dégénérescence des disques intervertébraux sur deux segments maximum, évent. avec arthrose des articulations vertébrales.</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 et souffrant également, dans des conditions thérapeutiques stationnaires, de douleurs incontrôlables ou chez 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 par infiltration, locale et régionale (thérapie neurale locale et segmentaire)	Oui		1.7.2011/ 1.7.2012

2.4 Médecine physique, rhumatologie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire d'un lubrifiant artificiel	Non		25.3.1971
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire de téflon ou de silicone en tant que «lubrifiant»	Non		12.5.1977
Thérapie par laser froid	Non		1.1.2001

2.5 Oncologie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement par laser pour chirurgie palliative à minima	Oui		1.1.1993
Perfusion isolée des membres en hyperthermie et au moyen du facteur de nécrose tumorale (TNF)	Oui	Mélanome malin atteignant exclusivement un membre. Sarcome des tissus mous atteignant exclusivement un membre. Dans un centre spécialisé ayant l'expérience du traitement interdisciplinaire des mélanomes et des sarcomes étendus des membres par cette méthode. Le traitement est effectué par une équipe composée de médecins spécialisés en chirurgie oncologique, en chirurgie vasculaire, en orthopédie, en anesthésie et en médecine intensive. Le traitement doit être effectué en salle d'opération, sous anesthésie générale et sous monitoring continu par sonde de Swan-Ganz.	1.1.1997/ 1.1.2001
	Non	Mélanome ou sarcome: – envahissant la racine du membre; – accompagné de métastases viscérales.	1.1.2001
Immunothérapie spécifique active pour la thérapie adjuvante du cancer du colon de stade II	Non		1.8.2007
Low-dose-rate-Curiethérapie	Oui	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
Test d'expression multigénique en cas de cancer du sein	Oui	En cours d'évaluation Indication: Examen du tissu tumoral d'un cancer du sein, primaire, invasif avec les caractéristiques suivantes: – état positif au récepteur d'œstrogènes; – état négatif au récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2-); – jusqu'à trois ganglions lymphatiques loco-régionaux sont atteints; – les résultats conventionnels seuls ne permettent pas de décider clairement d'une chimiothérapie adjuvante. Exigences concernant le test: Le test doit être effectué par des médecins ayant suivi une formation postgraduée qui corresponde au programme de formation complémentaire en pathologie moléculaire (programme de formation postgraduée du 1 ^{er} janvier 2002, révisé le 6 juin	1.1.2011/ 1.1.2015/ 1.1.2019 jusqu'au 31.12.2023

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		2013 ²⁹⁾ S'il a lieu dans un laboratoire étranger, celui-ci doit satisfaire à la directive IVDD 98/79/CE ³⁰⁾ ou à la norme ISO 15189 /17025 ³¹⁾ .	
Thérapie par lymphocytes CAR-T (CAR = récepteur antigénique chimérique) avec/chez:	Oui	La thérapie comprend le complexe thérapeutique suivant: le prélèvement de lymphocytes T autologues (aphérèse), leur modification génétique et leur expansion ex vivo, les éventuelles préthérapies de lymphodéplétion, la perfusion des lymphocytes CAR-T ainsi que le traitement des éventuels effets secondaires spécifiques à ces lymphocytes. Réalisation dans les centres accrédités par « <i>The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)</i> » pour la transplantation allogénique et/ou autologue de cellules souches et selon les normes éditées par JACIE et la « <i>Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)</i> »: « <i>FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration</i> », 6 ^e édition de mars 2017 ou 7 ^e édition de mars 2018. Tous les cas doivent être saisis dans un registre. Si la thérapie doit être effectuée dans un centre qui n'est pas reconnu conformément aux exigences susmentionnées, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.	1.1.2020
– Tisagenlecleucel: En cas de lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB, selon la classification 2008 des néoplasies hématopoïétiques et lymphoïdes de l'OMS) en rechute ou réfractaire à la thérapie, après au moins deux lignes de traitement. Chez les patients pédiatriques et les jeunes adultes jusqu'à l'âge de 25 ans présentant une leucémie aiguë lymphoblastique à cellules B (LAL à cellules B), qui: – est réfractaire, – a récidivé après une transplantation autologue de cellules souches, ou qui – a récidivé après deux ou plus lignes de traitement.	Oui	En cours d'évaluation. Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.1.2020 jusqu'au 31.12.2022
– Axicabtagène Ciloleucel: En cas de lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB, selon la classification 2008 des	Oui	En cours d'évaluation. Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.1.2020 jusqu'au 31.12.2022

²⁹⁾ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

³⁰⁾ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

³¹⁾ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
néoplasies hémato-poïétiques et lym-phoïdes de l'OMS) en rechute ou réfractaire à la thérapie ou de lymphome médiastinal primitif à cellules B (LBPM), après au moins deux lignes de traitement			

3 Gynécologie, obstétrique, médecine de la procréation

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Mesures visant à conserver la fertilité chez les personnes qui reçoivent des traitements qui nuisent à la fertilité	Oui	<p>Pour les adolescents post-pubères et les adultes jusqu'à l'âge de 40 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - présentant, en raison d'un traitement contre le cancer, un risque moyen ou élevé (> 20%) d'aménorrhée permanente (femmes) ou d'azoospermie (hommes) par suite d'un traitement, ou - recevant une transplantation de cellules souches en raison d'une maladie non-oncologique, ou - traités par cyclophosphamide et présentant un risque moyen ou élevé (> 20%) d'aménorrhée permanente (femmes) ou d'azoospermie (hommes) par suite d'un traitement. <p>Mesures chez la femme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, ou - résection, cryoconservation et réimplantation de tissus ovariens; <p>Mesures chez l'homme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cryoconservation de spermatozoïdes, ou - si nécessaire: biopsie testiculaire (extraction de spermatozoïdes testiculaires). <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 spermatozoïdes et d'ovules non fécondés en cas d'insuffisance ovarienne ou d'azoospermie persistante 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/ 1.7.2020
Insémination artificielle	Oui	<p>Insémination intra-utérine.</p> <p>Au maximum trois cycles de traitement par grossesse.</p>	1.1.2001
Fécondation in vitro en vue de déterminer une éventuelle stérilité	Non		1.4.1994
Fécondation in vitro et transfert d'embryon (FIVETE)	Non		28.8.1986 /1.4.1994
Stérilisation: - d'une patiente	Oui	<p>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</p>	11.12.1980

Mesure	Obligatoire ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		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).	
– 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
Interventions mammaires mini-invasives sous guidage radiologique ou échographique	Oui	Selon les déclarations consensuelles de la Société suisse de sénologie (SSS) et du groupe de travail «Bildgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe»; Senologie – Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie 2009; 6: 181–184 ³² .	1.7.2002/ 1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.7.2009
Mise en place d'une bandelette sous-urétrale pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme	Oui	– Selon les recommandations de l'Association pour l'urogynécologie et la pathologie du plancher pelvien 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» ³³ . – L'implant Reemex® n'est pas pris en charge.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2019

³² Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

³³ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

4 Pédiatrie, psychiatrie de l'enfant

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Programmes de traitements ambulatoires et pluridisciplinaires de groupe destinés aux enfants et adolescents souffrant de surpoids ou d'obésité	Oui	<p>1. Indication:</p> <p>a. en cas d'obésité (IMC > 97^e centile);</p> <p>b. en cas de surpoids (IMC entre le 90^e et le 97^e centile) et présence d'au moins une des maladies ci-après si le surpoids en aggrave le pronostic ou si elles sont dues à la surcharge pondérale: hypertension, diabète sucré de type 2, troubles de la tolérance glucidique, troubles endocriniens, syndrome des ovaires polykystiques, maladies orthopédiques, stéatohépatite non alcoolique, maladies respiratoires, glomérulopathie, troubles alimentaires faisant l'objet d'un traitement psychiatrique.</p> <p>Définition de l'obésité, du surpoids et des maladies selon les recommandations de la Société suisse de pédiatrie (SSP) publiées dans la revue <i>Pediatrica</i> n° 6/2006 du 19 décembre 2006³⁴ et n° 1/2011 du 4 mars 2011³⁵</p> <p>2. Programmes:</p> <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 2007³⁶. 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> <p>3. Une rémunération forfaitaire doit être convenue.</p>	1.1.2008/ 1.7.2009/ 1.1.2014/ 1.7.2014
	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 > 97^e centile);</p> <p>b. en cas de surpoids (IMC entre le 90^e et le 97^e centile) et présence d'au moins une des maladies ci-après si le surpoids en aggrave le pronostic ou si elles sont dues à la surcharge</p>	1.1.2014

³⁴ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

³⁵ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

³⁶ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>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° 6/2006³⁷ du 19 décembre 2006 et n° 1/2011³⁸ 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 2007³⁹. 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>	
Électrostimulation de la vessie	Oui	En cas de problèmes organiques de la miction.	16.2.1978
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
Échographie 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

³⁷ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

³⁸ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

³⁹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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

5 Dermatologie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement photo-dynamique des maladies de la peau par les dérivés de l'acide aminolévulinique	Oui		1.4.2020
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:			
– 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 problèmes de cicatrisation 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 ou d'origine non humaine autorisés 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^{er} avril 2018 de la Société suisse de dermatologie et vénéréologie et l'Association suisse pour les soins de plaies⁴⁰.</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 préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>	1.7.2011/ 1.3.2019/ 1.7.2020
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

40

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

6 Ophtalmologie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement au laser de:			
– rétinopathie diabétique	Oui		1.1.1993
– lésions rétinienne (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
Greffe de membrane amiotique 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
Dilatation en cas de sténose du canal lacrymal par Lacri-Cath	Non		1.1.2003/ 1.1.2005
Dilatation par ballonnet en cas de sténose du canal lacrymal	Oui	– sous contrôle radiologique – avec ou sans implantation d'un stent – radiologies interventionnelles effectuées par des personnes possédant l'expérience correspondante.	1.1.2006/ 1.1.2008
Ophtalmoscopie laser à balayage	Oui	– en cas de glaucome difficile à traiter, pour poser l'indication d'une intervention chirurgicale – pose de l'indication des traitements de la rétine Examen dans le centre où doit être effectués l'intervention et le traitement.	1.1.2004/ 1.8.2008

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement de la cornée par UV crosslinking en cas de kératocône	Non		1.8.2008
Traitement du kératocône au moyen d'anneaux intra-cornéens	Oui	Pour correction de l'astigmatisme irrégulier en cas de kératocône si une correction par des lunettes ou lentilles de contact n'est pas possible ou s'il existe une intolérance aux lentilles de contact. Exécution dans les centres/cliniques A, B et C (selon la liste des centres de formation continue de la FMH dans l'ophtalmologie).	1.8.2007
Mesure de l'osmolarité du liquide lacrymal	Non		1.1.2010

7 Oto-rhino-laryngologie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement par oreille électronique selon la méthode Tomatis (audio-psycho-phonologie)	Non		18.1.1979
Traitement au laser de: – papillomatose des voies respiratoires	Oui		1.1.1993
– résection de la langue	Oui		1.1.1993
Implant cochléaire	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. Indication et exécution selon les « Directives relatives à l'implantation cochléaire et au suivi des patients » du 7 mars 2018 élaborées par le groupe de travail sur les implants cochléaires de la Société suisse d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale (SSORL). Dans les centres suivants: Hôpitaux cantonal universitaires 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/ 1.7.2020
Implantation d'implants auditifs à conduction osseuse ou de leurs composantes (systèmes transcutanés et percutanés)	Oui	Indications: – Maladies et malformations de l'oreille moyenne et du conduit auditif externe qui ne peuvent être corrigées par la chirurgie – Seule alternative à une intervention chirurgicale à risque sur l'unique oreille fonctionnelle – Intolérance aux appareils à transmission aérienne – Remplacement d'un appareil classique à transmission osseuse, suite à l'apparition de troubles, à une tenue insuffisante ou à un mauvais fonctionnement.	1.1.1996/ 1.1.2015
Implantation dans l'oreille moyenne d'un système type «Vibrant Soundbridge» pour traiter un déficit d'audition de l'oreille interne	Oui	Patients qui, pour des raisons médicales ou 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

8 Psychiatrie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Psychothérapie selon Samuel Widmer (désignation : « Echte Psychotherapie » (vraie psychothérapie)	Non		1.1.2021
Traitement de substitution en cas de dépendance aux opiacés	Oui	1. Respect des dispositions, directives et recommandations suivantes: a. concernant le traitement avec prescription de méthadone, de buprénorphine et de morphine-retard: «Dépendance aux opioïdes: traitements basés sur la substitution – Recommandations de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), de la Société Suisse de Médecine de l'Addiction (SSAM) et de l'Association des médecins cantonaux de Suisse (AMCS)» de juillet 2013 ⁴¹ ;	1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.7.2012
		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 ⁴² .	1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.1.2014
		2. La substance ou la préparation utilisée doivent figurer sur la liste des médicaments avec tarif (LMT) ou sur la liste des spécialités (LS) dans le groupe thérapeutique (IT) approuvé par Swissmedic.	
		3. Le traitement de substitution comprend les prestations suivantes: a. prestations médicales: – examen d'entrée, y compris anamnèse de la dépendance, examen psychique et somatique avec une attention particulière aux troubles liés à la dépendance et ayant causé la dépendance; – demandes d'informations supplémentaires (famille, partenaire, services de traitement précédents); – établissement du diagnostic et de l'indication; – établissement d'un plan thérapeutique; – procédure de demande d'autorisation et établissement de rapports à l'intention de l'assureur-maladie; – mise en œuvre et exécution du traitement de substitution; – remise surveillée de la substance ou de la préparation, pour autant que celle-ci ne se fasse pas par l'intermédiaire d'un pharmacien; – assurance de la qualité;	

41

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

42

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

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> – traitement des troubles liés à l'usage d'autres substances psychotropes; – évaluation du processus thérapeutique; – demandes de renseignements auprès de l'institution en charge de la remise des produits; – réexamen du diagnostic et de l'indication; – adaptation du traitement et correspondance qui en résulte avec les autorités; – établissement de rapports à l'intention des autorités et de l'assureur-maladie; – contrôle de la qualité. <p>b. prestations du pharmacien:</p> <ul style="list-style-type: none"> – fabrication de solutions orales selon la LMT, y compris contrôle de la qualité; – remise surveillée de la substance ou de la préparation; – tenue de la comptabilité concernant les substances actives et établissement de rapports destinés aux autorités; – établissement de rapports à l'intention du médecin responsable; <p>– conseils.</p>	
		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
Relaxation selon la méthode d'Ajuriaguerra	Oui	Dans le cabinet du médecin ou dans un hôpital sous surveillance directe du médecin.	22.3.1973
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	<p>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.</p> <p>La thérapie se fonde sur une méthode et implique un contact régulier entre le fournisseur de prestations et l'assuré; elle</p>	1.7.2017

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>comporte des diagnostics préliminaire, intermédiaire et final.</p> <p>2. Après une consultation préalable.</p> <p>3. L'assurance prend en charge les coûts de 16 semaines de thérapie au maximum.</p> <p>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.</p>	
Stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) pour le traitement de la dépression	Non		1.1.2018

9 Radiologie

9.1 Radiodiagnostic

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Ostéodensitométrie - par absorptiométrie double énergie à rayons X (DEXA)	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - Ostéoporose cliniquement manifeste et après une fracture provoquée par un traumatisme minime - Corticothérapie de longue durée ou hypogonadisme - Maladies du système digestif avec syndrome de malabsorption (en particulier la maladie de Crohn, la rectocolite hémorragique et la maladie cœliaque) - Hyperparathyroïdie primaire (lorsque l'indication chirurgicale n'est pas nette) - Ostéogénèse imparfaite - VIH - 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) 	1.3.1995/ 1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.7.2012/ 1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.1.2015/ 1.7.2019/ 1.4.2020
		Examens de l'évolution tant que dure la situation à risque prédisposante, en principe tous les deux ans au maximum.	1.3.1995/ 1.4.2020
- par scanner total du corps	Non		1.3.1995
Ostéodensitométrie par CT périphérique quantitative (pQCT)	Non		1.1.2003/ 1.1.2006
Échographie 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

9.2 Autres procédés d'imagerie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Résonance magnétique nucléaire (IRM)	Oui		1.1.1999
Tomographie par émission de positrons (TEP, TEP/TC)	Oui	<p>Dans des centres qui satisfont aux directives administratives du 20 juin 2008 de la Société suisse de médecine nucléaire (SSMN)⁴³.</p> <p>a) Au moyen de 18F-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), seulement pour les indications suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. en cardiologie: <ul style="list-style-type: none"> – 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: <ul style="list-style-type: none"> – selon les directives cliniques du 28 avril 2011 de la SSMN⁴⁴, chapitre 1.0, pour TEP au FDG, pour le diagnostic de métastases pulmonaires, de lésions dans le médiastin et de lésions suspectes à d'autres endroits en cas de biopsie impossible ou aléatoire ou pour la localisation de la biopsie ; 3. en neurologie: <ul style="list-style-type: none"> – 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 un examen non conclusif du liquide céphalo-rachidien ou lorsqu'une ponction lombaire est impossible ou contre-indiquée après un examen préalable interdisciplinaire et sur prescription de spécialistes en médecine interne générale avec formation approfondie en gériatrie (programme de formation postgraduée du 1^{er} janvier 2000, révisé le 21 juin 2018⁴⁵), en psychiatrie et psychothérapie ou en 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 (<i>Single Photon Emission Computed Tomography</i>). 4. En médecine interne générale, infectiologie ou rhumatologie: 	<p>1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2016/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.3.2019/ 1.4.2020/ 1.1.2021</p>

⁴³ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

⁴⁴ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

⁴⁵ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> – 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 générale, rhumatologie, allergologie et immunologie clinique ou infectiologie, – en cas de suspicion de vascularite des gros vaisseaux et comme con-trôle thérapeutique, selon prescrip-tion par des spécialistes en rhumato-logie, en allergologie et immunologie clinique, en médecine interne géné-rale, en angiologie ou en chirurgie vasculaire, – en cas de suspicion d'infection de greffons vasculaires, – en cas d'échinococcose alvéolaire dans la perspective d'une éventuelle suspension du traitement médicamenteux; 	
		b) Au moyen de N-13 Ammoniaque, seulement pour l'indication suivante: pour examiner la perfusion du myocarde (au repos et à l'effort) en vue d'évaluer l'ischémie du myocarde.	1.7.2013
		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 la restadification d'une récurrence biochimique démontrée (élévation du PSA) d'un carcinome prostatique. 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).	1.7.2014/ 1.1.2018/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.7.2020
		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 les indications suivantes: Pour la stadification primaire d'un carcinome prostatique non métastatique nouvellement diagnostiqué dans les catégories de risque : – risque moyen (PSA 10 – 20 ng/ml ou score de Gleason 7 ou catégorie cT 2b)	1.1.2017/ 1.1.2019/ 1.1.2021

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		– risque élevé (PSA > 20 ng/ml ou score de Gleason > 7 ou catégorie cT 2c) Pour la restadification en cas de récurrence biochimique démontrée (élévation du PSA) d'un carcinome prostatique.	
		g) Au moyen de peptides DOTA, seulement pour les indications suivantes: tumeurs neuroendocrines différenciées: stadification et restadification planification thérapeutique en cas de méningiomes	1.7.2017/ 1.1.2021
		h) Au moyen de H ₂ ¹⁵ 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
		i) Au moyen du traceur amyloïde marqué, seulement pour l'indication suivante: pour diagnostic de démence: comme examen complémentaire dans des cas peu clairs, après un examen non conclusif du liquide céphalo-rachidien ou lorsqu'une ponction lombaire est impossible ou contre-indiquée, après un examen préalable interdisciplinaire et sur prescription de spécialistes en médecine interne générale avec formation approfondie en gériatrie (programme de formation postgraduée du 1 ^{er} janvier 2000, révisé le 21 juin 2018), en psychiatrie et psychothérapie ou en 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.	1.4.2020
	Non	a) Au moyen de 18F-Fluoride b) 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 ₂ ¹⁵ O traceurs amyloïdes marqués	1.1.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.1.2011/ 1.1.2016/ 1.7.2017/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.4.2020
Magnétoencéphalographie	Non		1.7.2002
Élastographie 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

9.3 Radiologie interventionnelle et radiothérapie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Irradiation thérapeutique par faisceau de pions	Non		28.8.1986/ 1.1.1993
Radiothérapie stéréotaxique ambulatoire (photons) de la forme exsudative de la dégénérescence maculaire liée à l'âge	Non		1.1.2018/ 1.7.2020
Irradiation thérapeutique par faisceau de protons	Oui	Exécution à l'Institut Paul Scherrer, à Villigen. a) Mélanomes intraoculaires.	28.8.1986/ 1.1.1993
		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.	1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011
	Oui	En cours d'évaluation – pour l'indication suivante: cancer bronchique non à petites cellules (CPNPC) de stades UICC IIB et IIIA/B, dans le cadre de l'étude contrôlée aléatoire RTOG 1308. Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.4.2020 jusqu'au 31.12.2025
	Non	– Radiothérapie postopératoire du cancer du sein – Toutes les autres indications	1.7.2012/ 15.7.2015/ 1.1.2018/ 1.4.2020
Radiochirurgie (LINAC, couteau gamma)	Oui	Indications: – neurinome du nerf acoustique – récurrence d'adénome hypophysaire ou de crânio-pharyngiome – adénome hypophysaire ou crânio-pharyngiome, si l'ablation chirurgicale est impossible – malformation artérioveineuse	1.1.1996

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		– méningiome	
	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 ou couteau gamma	Oui	Pour les indications suivantes: – métastases cérébrales d'un volume maximum de 25 cm ³ ou d'un diamètre ne dépassant pas 3,5 cm, s'il y a au maximum 3 métastases et que la maladie primaire est bien contrôlée (pas de métastases systémiques démontrables), en cas de douleurs résistant à toute autre thérapie; – tumeurs malignes primaires d'un volume de maximum de 25 cm ³ ou ne dépassant pas un diamètre de 3,5 cm, lorsque la localisation de la tumeur ne permet pas de l'opérer. Pour la radiochirurgie avec le couteau gamma, il faut convenir d'un forfait spécifique à l'indication.	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.7.2011/ 1.7.2020
Implantation de marqueurs en or	Oui	Pour le traitement de la prostate par marquage	1.8.2008
Injection d'hydrogel à base de polyéthylène glycol	Non	Comme dispositif d'éloignement entre la prostate et le rectum en cas de radiothérapie de la prostate	1.7.2012/ 1.7.2014
Radiothérapie interstitielle sélective (SIRT) recourant à des microsphères en résine chargées en yttrium 90	Oui	En cas de tumeurs hépatiques inopérables et résistantes à la chimiothérapie pour lesquelles une ablation locale n'est pas possible ou est restée sans effet.	1.7.2010
		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).	
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	1.1.2017

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> – Métastases ganglionnaires superficielles et récurrence locale en cas de mélanome malin – Récurrence locale de tumeur avec symptômes de compression dans les situations palliatives <p>Les traitements se font dans une clinique rattachée au Swiss Hyperthermia Network. Indications par son <i>tumorboard</i>.</p>	
Hyperthermie profonde régionale lors de traitement antitumoral, combinée avec une radiothérapie externe ou une brachythérapie	Oui	<p>Pour les indications suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 <p>Les traitements se font dans une clinique rattachée au <i>Swiss Hyperthermia Network</i>. Indications par son <i>tumorboard</i>.</p>	1.1.2017/ 1.1.2019 jusqu'au 30.06.2021

10 Médecine complémentaire

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Acupuncture	Oui		1.7.1999/ 1.1.2012/ 1.8.2016/ 1.8.2017
Médecine anthroposophique	Oui		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2017
Pharmacothérapie de la médecine traditionnelle chinoise (MTC)	Oui		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2016/ 1.8.2017
Homéopathie classique 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

11 Réadaptation

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Réadaptation hospitalière	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		<p>Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> – un risque cardiaque élevé – une insuffisance myocardique – une comorbidité (diabète sucré, COPD, etc.). <p>La durée du traitement ambulatoire est de 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 2011⁴⁶.</p>	<p>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</p>
		<p>Réadaptation en cas de MAP: profil indiqué par la Société suisse d'angiologie le 5 mars 2009⁴⁷.</p> <p>Réadaptation en cas de diabète: profil indiqué par la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie le 17 novembre 2010⁴⁸.</p>	
	Oui	<p>Indications:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Patients ayant fait un infarctus du myocarde, avec ou sans PTCA – Patients ayant subi un pontage – Patients ayant subi d'autres interventions au niveau du cœur ou des gros vaisseaux – Patients après PTCA, en particulier après une période d'inactivité ou présentant de multiples facteurs de risque – Patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique et présentant de multiples facteurs de risque réfractaires à la thérapie mais ayant une bonne espérance de vie 	

⁴⁶ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

⁴⁷ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

⁴⁸ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> – Patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique et d'une mauvaise fonction ventriculaire – Patients souffrant d'un diabète sucré type II (limitation: au maximum une fois en trois ans). 	
	Oui	– Patients souffrant d'une maladie artérielle périphérique (MAP) à partir du stade IIa selon Fontaine	1.7.2009/ 1.1.2013
	Non	– Patients souffrant d'une maladie artérielle périphérique (MAP) au stade I selon Fontaine	1.7.2013
Réadaptation pulmonaire	Oui	<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 pneumologie⁴⁹.</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

49

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