

## Annexe 1 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)

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

est modifiée comme suit:

#### Chapitre 1 Chirurgie

##### 1.1 Chirurgie générale

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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 <sup>er</sup> janvier 2016, révisé le 29 septembre 2016 <sup>2</sup> .	1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2016/ 1.1.2021
...			
<i>Nouvelle prestation « chirurgie métabolique », à insérer sous « Traitement chirurgical de l'adiposité » :</i>			
Chirurgie métabolique	Oui	En cours d'évaluation 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. 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 (SMOB)</i> du 31 octobre 2017 pour le traitement chirurgical de la surcharge pondérale. 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. Les centres qui sont reconnus par la SMOB conformément à ses directives administratives du 31 octobre 2017 sont réputés avoir satisfait à cette exigence.	1.1.2021 jusqu'au 31.12.2025

<sup>1</sup> Pas publiée dans le RO.

<sup>2</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

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

### 1.3 Orthopédie, traumatologie

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Greffe ostéochondrale en mosaïque pour couvrir des lésions du tissu osseux ou cartilagineux	Oui	Traitement des lésions osseuses ou cartilagineuses post-traumatiques de l'articulation du genou d'une étendue maximale de 2 cm <sup>2</sup> . <b>Traitement des lésions osseuses ou cartilagineuses en cas d'ostéochondrite disséquante de l'articulation du genou.</b> 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. <b>Selon les recommandations et la liste des</b> indications et contre-indications énumérées dans la fiche d'information 2019.147.829.01-1 <sup>3</sup> du 10 décembre 2019 de la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM). <b>Traitement des lésions osseuses en cas d'ostéochondrite disséquante de l'articulation du genou.</b> 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 <b>jusqu'au 31.12.2024</b>

### 1.4 Urologie et proctologie

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Électroneuromodulation des racines sacrées à l'aide d'un système implanté pour le traitement de l'incontinence 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	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.7.2020

3

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

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)» du 9 avril 2020.</p> <p>La pose de l'indication et les interventions (implantation des électrodes et du neuromodulateur) doivent être effectuées exclusivement par des spécialistes en urologie avec formation approfondie en neuro-urologie (programme de formation postgraduée du 1<sup>er</sup> juillet 2014, révisé le 19 octobre 2017<sup>4</sup>).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
Électroneuromodulation des racines sacrées à l'aide d'un système implanté pour le traitement de l'incontinence fécale	Oui	<p>Après échec des traitements conservateurs et/ou chirurgicaux (y compris la réadaptation).</p> <p>Pose de l'indication, réalisation, contrôles de suivi et assurance de la qualité, comme prévu dans les directives médicales neuromodulation scree de la «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)» du 9 avril 2020 .</p> <p>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<sup>er</sup> janvier 2020<sup>5</sup>).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	1.1.2003/ 1.1.2008/ 1.7.2020
Électroneuromodulation percutanée du nerf tibial avec des électrodes aiguilles	Oui	<p>Pour la prise en charge de l'hyperactivité vésicale idiopathique et de l'incontinence fécale.</p> <p>Après échec des traitements conservateurs.</p> <p>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<sup>er</sup> janvier 2016, révisé le 16 février 2017<sup>6</sup>) (en cas d'hyperactivité vésicale) ou par des spécialistes en gastroentérologie ou en chirurgie avec formation approfondie en</p>	1.3.2019/ 1.7.2019

<sup>4</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>5</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>6</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		chirurgie viscérale (programme de formation postgraduée du 1 <sup>er</sup> janvier 2020) (en cas d'incontinence fécale).	
...			
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 <sup>er</sup> 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

## Chapitre 2 Médecine interne

### 2.2 Maladies cardio-vasculaires, médecine intensive

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Phonocardiographie / test rapide acoustique	Non		1.1.2021

### 2.3 Neurologie

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement par ultrasons focalisés du pallidum, du thalamus et du noyau subthalamique	Oui	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.	15.7.2015/ 1.7.2020/

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		Pour le traitement des douleurs neuropathiques graves chroniques, réfractaires au traitement. Gestion d'un registre d'évaluation	1.1.2021 jusqu'au 31.12.2025
...			
Potentiels évoqués moteurs dans le cadre d'examens neurologiques spécialisés	Oui	Diagnostic d'une maladie neurologique. <b>Par des médecins ayant suivi une formation postgraduée qui corresponde au programme de formation complémentaire en électroencéphalographie (SSNC) du 1<sup>er</sup> janvier 2016, révisé le 12 mars 2020<sup>7</sup>, ou conformément au programme de formation complémentaire en électro-neuromyographie (SSNC) du 1<sup>er</sup> janvier 2016, révisé le 12 mars 2020<sup>8</sup></b>	1.1.1999/ 1.1.2021

## Chapitre 2 Médecine interne

### 2.5 Oncologie

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Test d'expression multigénique en cas de cancer du sein	Oui	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 ( <b>programme de formation postgraduée du 1<sup>er</sup> janvier 2002, révisé le 6 juin 2013<sup>9</sup></b> ) S'il a lieu dans un laboratoire étranger, celui-ci doit satisfaire à la directive IVDD 98/79/CE <sup>10</sup> ou à la norme ISO 15189 /17025 <sup>11</sup> .	1.1.2011/ 1.1.2015/ 1.1.2019 jusqu'au 31.12.2023

<sup>7</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>8</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>9</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>10</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>11</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)



## Chapitre 8 Psychiatrie

Mesures	Obligatoire- ment 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

## Chapitre 9 Radiologie

### 9.2 Autres procédés d'imagerie

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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)<sup>12</sup>.</p> <p>a) Au moyen de 18F-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), seulement pour les indications suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. en cardiologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>– comme mesure préopératoire avant une transplantation cardiaque,</li> <li>– en cas de suspicion de sarcoïdose cardiaque, comme diagnostic secondaire et contrôle thérapeutique,</li> <li>– en cas de suspicion d'infection d'implants cardiologiques;</li> </ul> </li> <li>2. en oncologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>– selon les directives cliniques du 28 avril 2011 de la SSMN<sup>13</sup>, chapitre 1.0, pour TEP au FDG, <p style="color: red;">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 ;</p> </li> </ul> </li> <li>3. en neurologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>– comme mesure préopératoire en cas d'épilepsie focale résistante à la thérapie,</li> <li>– 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<sup>er</sup> janvier 2000, révisé le 21 juin 2018<sup>14</sup>), en psychiatrie et psychothérapie ou</li> </ul> </li> </ol>	<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>

<sup>12</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>13</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

<sup>14</sup> Le document peut être consulté à l'adresse suivante: [www.ofsp.admin.ch/ref](http://www.ofsp.admin.ch/ref)

		<p>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 démente durant depuis 5 ans au maximum; pas d'examen préalable par TEP ou TEMP (<i>Single Photon Emission Computed Tomography</i>).</p> <p>4. En médecine interne générale, infectiologie ou rhumatologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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,</li> <li>- en cas de suspicion de vascularite des gros vaisseaux et comme contrôle thérapeutique, selon prescription par des spécialistes en rhumatologie, en allergologie et immunologie clinique, en médecine interne générale, en angiologie ou en chirurgie vasculaire,</li> <li>- en cas de suspicion d'infection de greffons vasculaires,</li> <li>- en cas d'échinococcose alvéolaire dans la perspective d'une éventuelle suspension du traitement médicamenteux;</li> </ul>	
		<p><del>5. En cours d'évaluation:</del>  <del>pour la question «effet de masse», selon les directives cliniques du 28 avril 2011 de la SSMN, chapitre 2.0,</del>  <del>pour TEP au FDG.</del></p>	<p><del>1.7.2014/  1.1.2018/  1.1.2019/  1.1.2020  jusqu'au  31.12.2020</del></p>
		<p>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.</p>	1.7.2013
		<p>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.</p>	1.7.2013
		<p>d) Au moyen de 18F-Fluorocholine, seulement pour les indications suivantes:  <b>Pour la restadification d'une</b> 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).</p>	1.7.2014/ 1.1.2018/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.7.2020
		<p>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.</p>	1.1.2016

		<p>f) Au moyen du traceur PSMA, seulement pour les indications suivantes:  <b>Pour la stadification primaire d'un carcinome prostatique non métastatique nouvellement diagnostiqué dans les catégories de risque :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– risque moyen (PSA 10 – 20 ng/ml ou score de Gleason 7 ou catégorie cT 2b)</li> <li>– risque élevé (PSA &gt; 20 ng/ml ou score de Gleason &gt; 7 ou catégorie cT 2c)</li> </ul> <p><b>Pour la restadification en cas de récurrence</b> biochimique démontrée (élévation du PSA) d'un carcinome prostatique.</p>	1.1.2017/ 1.1.2019/ 1.1.2021
		<p>g) Au moyen de peptides DOTA, seulement <b>pour les indications suivantes:</b>  tumeurs neuroendocrines différenciées: <b>stadification et restadification</b>  <b>planification thérapeutique en cas de méningiomes.</b></p>	1.7.2017/ 1.1.2021
		<p>h) Au moyen de H<sub>2</sub><sup>15</sup>O, seulement pour l'indication suivante:  pour mesurer la perfusion avant et après une intervention de revascularisation cérébrale en cas de maladie de Moyamoya.</p>	1.7.2018
		<p>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 (<b>programme de formation post-graduée du 1<sup>er</sup> janvier 2000, révisé le 21 juin 2018</b>), 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.</p>	1.4.2020
	Non	<p>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<sub>2</sub><sup>15</sup>O traceurs amyloïdes marqués</p>	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

### 9.3 Radiologie interventionnelle et radiothérapie

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

Hyperthermie superficielle 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"> <li>- cancer du col utérin, en cas de contre-indication à la chimiothérapie ou de pré-irradiation locale</li> <li>- cancer de la vessie (maintien des fonctions), en cas de contre-indication à la chimiothérapie ou de pré-irradiation locale</li> <li>- cancer rectal (maintien des fonctions), en cas de contre-indication à la chimiothérapie ou récurrence locale dans la zone pré-irradiée</li> <li>- Sarcome des tissus mous (maintien des fonctions), en cas de contre-indication à la chimiothérapie</li> <li>- Cancer du pancréas, tumeur localement avancée, à un stade primaire, inopérable</li> <li>- Récurrence locale d'une tumeur avec symptômes de compression en situation palliative, profondeur &gt; 5 cm</li> <li>- Métastases osseuses douloureuses de la colonne vertébrale et du bassin, profondeur &gt; 5 cm</li> <li>- <del>Récurrence d'un carcinome mammaire à la poitrine/paroi thoracique inopérable, dans une zone déjà irradiée</del></li> <li>- <del>Métastases ganglionnaires liées à une tumeur ORL inopérable, dans une zone déjà irradiée</del></li> <li>- <del>Métastases ganglionnaires superficielles et récurrence locale en cas de mélanome malin</del></li> <li>- <del>Récurrence locale de tumeur avec symptômes de compression dans les situations palliatives</del></li> </ul> <p>Les traitements se font dans une clinique rattachée au <i>Swiss Hyperthermia Network</i>. Indications par son <i>tu-morboard</i>.</p>	1.1.2017/ 1.1.2019 jusqu'au 30.6.2021
---	-----	---	--

### Les entrées suivantes sont supprimées au 1<sup>er</sup> janvier 2021

Mesures	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
<del>Mesures en cas d'opération du cœur</del>	Oui	<p><del>Sont inclus:</del></p> <p><del>Cathétérisme cardiaque; angiocardigraphie, produit de contraste compris; hypothermie; emploi du cœur-poumon artificiel; emploi d'un Cardioverter comme stimulateur, défibrillateur ou moniteur cardiaque; conserves de sang et sang frais; pose d'une valvule artificielle, prothèse comprise; pose d'un stimulateur cardiaque, appareil compris.</del></p>	<del>1.9.1967</del>
<del>Système de stabilisation pour opération de pontage coronarien à cœur battant</del>	Oui	<p><del>Tous les patients ayant besoin d'un pontage coronarien.</del></p> <p><del>Dans les cas suivants un avantage spécial peut être attendu de cette méthode:</del></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><del>— aorte très calcifiée;</del></li> <li><del>— défaillance rénale;</del></li> <li><del>— syndrome respiratoire obstructif chronique;</del></li> <li><del>— âge avancé (plus de 70-75 ans).</del></li> </ul> <p><del>Contre-indications:</del></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><del>— vaisseaux sanguins très calcifiés ou très petits et diffus (&gt;1,5 mm);</del></li> <li><del>— instabilité hémodynamique peropératoire à cause de la manipulation du cœur ou à cause d'une ischémie.</del></li> </ul>	<del>1.1.2002</del>

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Autotransfusion	Oui		4.1.1994
Implantation d'un sphincter artificiel	Oui	En cas d'incontinence grave	31.8.1989
Traitement au laser des tumeurs vésicales ou du pénis	Oui		4.1.1993
Hémodialyse («rein artificiel»)	Oui		4.9.1967
Dialyse péritonéale	Oui		4.9.1967
Perfusion parentérale d'antibiotiques à l'aide d'une pompe à perfusion continue, traitement ambulatoire	Oui		4.1.1997
Plasmaphérèse	Oui	Indications: <ul style="list-style-type: none"> <li>— syndrome d'hyperviscosité;</li> <li>— maladies du système immunitaire, lorsqu'une plasmaphérèse s'est révélée efficace, soit notamment en cas de:</li> <li>— myasthénie grave</li> <li>— purpura thrombocytopénique</li> <li>— anémie hémolytique immune</li> <li>— leucémie</li> <li>— syndrome de Goodpasture</li> <li>— syndrome de Guillain-Barré</li> <li>— intoxication aiguë</li> <li>— hypercholestérolémie familiale homozygote.</li> </ul>	25.8.1988
Enregistrement de l'ECC par télé-métrie	Oui	Comme indications, entrent avant tout en ligne de compte les troubles du rythme et de la transmission, les troubles de la circulation du sang dans le myocarde (maladies coronariennes). L'appareil peut aussi servir au contrôle de l'efficacité du traitement.	13.5.1976
Implantation d'un défibrillateur	Oui		31.8.1989
Traitement par Baclofen à l'aide d'un doseur implantable de médicament	Oui	En cas de spasticité résistant à la thérapie.	4.1.1996
Traitement intrathécal d'une douleur chronique somatique à l'aide d'un doseur implantable de médicament	Oui		4.1.1994
Potentiels évoqués visuels dans le cadre d'examens neurologiques spéciaux	Oui		45.11.1979
Potentiels évoqués visuels dans le cadre d'examens ophtalmologiques spéciaux	Oui		45.11.1979
Traitement du cancer par pompe à perfusion (chimiothérapie)	Oui		27.8.1987
Traitement au laser du cancer du col in situ	Oui		4.1.1993
Ablation non chirurgicale de l'endomètre	Oui	Pour le traitement des ménorragies fonctionnelles résistant à la thérapie chez les femmes avant le ménopause.	4.1.1998

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Échographie	Oui	<del>L'art. 13, let. b, OPAS est réservé pour les contrôles par échographie durant la grossesse.</del>	<del>23.3.1972/ 1.1.1997</del>
Massage séquentiel péristaltique	Oui		<del>27.3.1969/ 1.1.1996</del>
Traitement des affections cutanées par la lumière noire (PUVA-thérapie)	Oui		<del>15.11.1979</del>
Photothérapie sélective par ultraviolets	Oui	Sous la responsabilité et le contrôle d'un médecin.	<del>11.12.1980</del>
Traitement au laser de:			
———naevus télangiectasique	Oui		<del>1.1.1993</del>
———condylome acuminé	Oui		<del>1.1.1993</del>
Synoviorthèse	Oui		<del>12.5.1977</del>
Prothèse vocale	Oui	Implantation pendant ou après une laryngectomie totale.  Le remplacement d'une prothèse vocale implantée est une prestation obligatoire.	<del>1.3.1995</del>
Biométrie par échographie oculaire avant opération de la cataracte	Oui		<del>8.12.1983</del>
Traitement de la toxicomanie			<del>25.3.1974</del>
———ambulatoire	Oui	Réduction des prestations possible en cas de faute grave de l'assuré.	
———hospitalier	Oui		
Psychothérapie de groupe	Oui	Selon les art. 2 et 3 OPAS.	<del>25.3.1971/1 1.1.1996</del>
Psychodrame	Oui	Selon les art. 2 et 3 OPAS.	<del>13.5.1976/1 1.1.1996</del>
Tomographie axiale computerisée (CT-scan)	Oui	Pas d'examen de routine (screening).	<del>15.11.1979</del>
Massages en cas de paralysie consécutive à des affections du système nerveux central	Oui		<del>23.3.1972</del>
Traitement des troubles du langage	Oui	Pratiqué par le médecin lui-même ou sous sa direction et sa surveillance directes (voir aussi les art. 10 et 11 OPAS).	<del>23.3.1972</del>
Gymnastique de groupe pour enfants obèses	Non		<del>18.1.1979</del>
Thérapie par le jeu et la peinture chez l'enfant	Oui	Pratiquée par le médecin ou sous sa surveillance directe.	<del>7.3.1974</del>
Traitement orthoptique	Oui	Par le médecin lui-même ou sous sa surveillance directe.	<del>27.3.1969</del>
Traitement des défauts de posture	Oui	Prestation obligatoire seulement pour les traitements de caractère nettement thérapeutique, c.-à-d. si des modifications de structure ou des malformations de la	<del>16.1.1969</del>

Mesures	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<del>colonne vertébrale décelables à la radiographie sont devenues manifestes. Les mesures prophylactiques qui ont pour but d'empêcher d'imminentes modifications du squelette, telles que la gymnastique spéciale pour fortifier un dos faible, ne sont pas à la charge de l'assurance.</del>	
<del>Protection des hanches pour prévenir les fractures du col du fémur</del>	<del>Non</del>		<del>1.1.1999/ 1.1.2000</del>
<del>Aérosols soniques</del>	<del>Oui</del>		<del>7.3.1974</del>
<del>Traitement de l'énurésie par appareil avertisseur</del>	<del>Oui</del>	<del>Dès l'âge de 5 ans</del>	<del>1.1.1993</del>
<del>Électro-neurostimulation transcutanée (TENS)</del>	<del>Oui</del>	<del>Si le patient utilise lui-même le stimulateur TENS, l'assureur lui rembourse les frais de location de l'appareil lorsque les conditions suivantes sont remplies: —— le médecin ou, sur ordre de celui-ci, le physiothérapeute doit avoir testé l'efficacité du TENS sur le patient et avoir initié ce dernier à l'utilisation du stimulateur; —— le médecin-conseil doit avoir confirmé que le traitement par le patient lui-même est indiqué; —— indication notamment dans les cas suivants: —— douleurs dues à un névrome; par ex. douleurs localisées pouvant être déclenchées par pression dans des membres amputés (moignons); —— douleurs pouvant être déclenchées ou renforcées par la stimulation (pression, extension ou stimulation électrique) d'un point névralgique; par ex. douleurs de type sciatique ou syndromes de l'épaule et du bras; —— douleurs provoquées par la compression des nerfs; par ex. douleurs irradiantes persistantes après opération d'une hernie discale ou du canal carpien.</del>	<del>23.8.1984</del>
<del>Desage de la mélatonine séniq</del>	<del>Non</del>		<del>1.1.1997</del>
<del>Frottis de Papanicolaou pour la détection précoce des cancers du col de l'utérus (art. 12e, let. b, OPAS)</del>	<del>Oui</del>		<del>1.1.1996/ 1.8.2008</del>
<del>Cytologie en couches minces pour la détection précoce des cancers du col de l'utérus selon les méthodes ThinPrep ou Autocyte Prep/SurePath (art. 12e, let. b, OPAS)</del>	<del>Oui</del>		<del>1.4.2003/ 1.7.2005/ 1.8.2008</del>
<del>Détection du papillomavirus humain (HPV) pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (art. 12e, let. b, OPAS)</del>	<del>Non</del>		<del>1.7.2002/ 1.8.2008/</del>