

Annexe 1

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

Edition du 1^{er} juillet 2020



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} juillet 2020

tient compte des modifications décidées le 27 mai 2020² par le Département fédéral de l'intérieur (DFI)

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

² RO 2020-0847

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	22
2.4 Médecine physique, rhumatologie.....	27
2.5 Oncologie.....	28
3 Gynécologie, obstétrique, médecine de la procréation	30
4 Pédiatrie, psychiatrie de l'enfant	32
5 Dermatologie	35
6 Ophtalmologie.....	37
7 Oto-rhino-laryngologie.....	39
8 Psychiatrie	41
9 Radiologie.....	44
9.1 Radiodiagnostic	44
9.2 Autres procédés d'imagerie.....	45
9.3 Radiologie interventionnelle et radiothérapie.....	48
10 Médecine complémentaire	51
11 Réadaptation	52

1 Chirurgie

1.1 Chirurgie générale

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Mesures en cas d'opération du cœur	Oui	Sont inclus: Cathétérisme cardiaque; angiocardiographie, produit de contraste compris; hypothermie; emploi du cœur-poumon artificiel; emploi d'un Cardioverter comme stimulateur, défibrillateur ou moniteur cardiaque; conserves de sang et sang frais; pose d'une valvule artificielle, prothèse comprise; pose d'un stimulateur cardiaque, appareil compris.	1.9.1967
Système de stabilisation pour opération de pontage coronarien à cœur battant	Oui	Tous les patients ayant besoin d'un pontage coronarien. Dans les cas suivants un avantage spécial peut être attendu de cette méthode: – aorte très calcifiée; – défaillance rénale; – syndrome respiratoire obstructif chronique; – âge avancé (plus de 70–75 ans). Contre-indications: – vaisseaux sanguins très calcifiés ou très petits et diffus (>1,5 mm); – instabilité hémodynamique peropératoire à cause de la manipulation du cœur ou à cause d'une ischémie.	1.1.2002
Reconstruction mammaire	Oui	Pour rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente après une ablation totale ou partielle du sein médicalement indiquée.	23.8.1984/ 1.3.1995/ 1.1.2015
Réduction du sein intact en cas de mastectomie totale ou partielle du sein atteint	Oui	Pour corriger une asymétrie mammaire et rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente.	1.1.2015/ 1.1.2018
Autotransfusion	Oui		1.1.1991
Traitement chirurgical de l'adiposité	Oui	Le patient présente un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 35. Un traitement amaigrissant approprié de deux ans est resté sans effet. Pose de l'indication, réalisation, assurance de la qualité et contrôle de suivi, comme prévu dans les Directives médicales du 31 octobre 2017 du <i>Swiss Study Group for Morbid Obesity and Metabolic Disorders</i> (SMOB) pour le traitement chirurgical de l'obésité ³ . 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. 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.	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2014/ 1.1.2018

3

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

		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.	
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 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 ⁴	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

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 ⁵ et à l'art. 12 de l'ordonnance du 16 mars 2007 sur la transplantation ⁶ . 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

⁵ RS 810.21

⁶ RS 810.211

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
Grefe 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 des défauts de posture	Oui	Prestation obligatoire seulement pour les traitements de caractère nettement thérapeutique, c.-à-d. si des modifications de structure ou des malformations de la colonne vertébrale décelables à la radiographie sont devenues manifestes. Les mesures prophylactiques qui ont pour but d'empêcher d'imminentes modifications du squelette, telles que la gymnastique spéciale pour fortifier un dos faible, ne sont pas à la charge de l'assurance.	16.1.1969
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire d'un lubrifiant artificiel	Non		25.3.1971
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire de téflon ou de silicone en tant que «lubrifiant»	Non		12.5.1977
Traitement de l'arthrose par injection d'une solution mixte contenant de l'huile iodoforme	Non		1.1.1997
Thérapie par ondes de choc extracorporelles (lithotripsie) appliquée à l'appareil locomoteur	Non		1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2002
Thérapie par ondes de choc radiales	Non		1.1.2004
Protection des hanches pour prévenir les fractures du col du fémur	Non		1.1.1999/ 1.1.2000
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 . 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
Greffe autologue de chondrocytes	Oui	En cours d'évaluation Traitement des lésions osseuses post-traumatiques de l'articulation du genou. Les indications et contre-indications énumérées dans la fiche d'information 2016.131.725.01-1 du 26 octobre 2011 de la Commission des tarifs médicaux LAA (CMT) sont déterminantes. Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017 / 1.1.2020 jusqu'au 31.12.2020
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	<p>Fractures récentes, douloureuses, du corps vertébral qui ne répondent pas au traitement analgésique et qui montrent une déformation ayant besoin d'être corrigée.</p> <p>Indications selon les lignes directrices du 23 septembre 2004 de la Société suisse de chirurgie spinale⁷.</p> <p>L'opération doit être exécutée par un chirurgien qualifié. Les chirurgiens reconnus par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie sont réputés suffisamment qualifiés.</p> <p>Si l'intervention doit être pratiquée par un chirurgien non reconnu par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013
Coussinets en gel dans le cas d'une prothèse totale du genou	Non		1.1.2006
Implant de ménisque au collagène	Non		1.8.2008
Ménisectomie au laser	Non		1.1.2006

7

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 bassin; b. lithiases calicielles; c. lithiases de l'uretère. Les risques accrus entraînés par la position particulière du patient en cours de narcose exigent une surveillance anesthésique appropriée (formation spéciale des médecins et du personnel paramédical – aides en anesthésiologie – et appareils adéquats de surveillance).	22.8.1985/ 1.8.2006
Traitement chirurgical des troubles de l'érection			
– Prothèses péniennes	Non		1.1.1993/ 1.4.1994
– Chirurgie de revascularisation	Non		1.1.1993/ 1.4.1994
Implantation d'un sphincter artificiel	Oui	En cas d'incontinence grave	31.8.1989
Traitement au laser des tumeurs vésicales ou du pénis	Oui		1.1.1993
Embolisation de varicocèle			
– par caustique ou par coils	Oui		1.3.1995
– par ballons ou par microcoils	Non		1.3.1995
Ablation transurétrale de la prostate à l'aide d'un laser dirigé par ultrasons	Non		1.1.1997
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	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.7.2020

		<p>sacrée de la «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)» du 9 avril 2020⁸.</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 spécialisation en neuro-urologie.</p> <p>Réalisation dans des centres qui remplissent les directives médicales de la SSSNM du 9 avril 2020⁹ 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 créée 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 spécialisation en chirurgie viscérale.</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 exclusivement par des spécialistes en urologie ou en gynécologie et obstétrique avec formation approfondie en urogynécologie (en cas d'hyperactivité vésicale) ou par des spécialistes en gastroentérologie ou en chirurgie avec formation approfondie en chirurgie viscérale (en cas d'incontinence fécale).</p>	1.3.2019/ 1.7.2019
Stimulation magnétique du plancher pelvien (rPMS, magnetic innervation therapy) en cas d'incontinence urinaire	Non		1.7.2017
Traitement des troubles vésicaux par injection cystoscopique de	Oui	<p>Après échec des traitements conservateurs.</p> <p>Pour les indications suivantes:</p>	1.1.2007/ 1.8.2008/ 1.7.2013/

⁸ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

⁹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

toxine botulique de type A dans la paroi vésicale		<ul style="list-style-type: none"> – incontinence urinaire causée par l'hyperactivité neurogène du détrusor associée à une affection neurologique chez l'adulte, pour autant que le traitement soit dispensé par des spécialistes en urologie. – hyperactivité vésicale idiopathique chez l'adulte, pour autant que le traitement soit dispensé par des spécialistes en urologie ou par des spécialistes en gynécologie et obstétrique avec formation approfondie en urogynécologie. 	1.1.2014/ 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	– 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
Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		– 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 ¹⁰ .	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 («rein artificiel»)	Oui		1.9.1967
Hémodialyse à domicile	Oui		27.11.1975
Dialyse péritonéale	Oui		1.9.1967
Nutrition entérale à domicile	Oui	Lorsqu'une nutrition suffisante par voie orale sans utilisation de sonde est impossible.	1.3.1995

¹⁰

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

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» ¹¹ de janvier 2013	1.7.2002/ 1.7.2012/ 1.7.2013
Nutrition parentérale à domicile	Oui		1.3.1995
Perfusion parentérale d'antibiotiques à l'aide d'une pompe à perfusion continue, traitement ambulatoire	Oui		1.1.1997
Plasmaphérèse	Oui	Indications: – syndrome d'hyperviscosité; – maladies du système immunitaire, lorsqu'une plasmaphérèse s'est révélée efficace, soit notamment en cas de: – myasthénie grave – purpura thrombocytopénique – anémie hémolytique immune – leucémie – syndrome de Goodpasture – syndrome de Guillain-Barré – intoxication aiguë – hypercholestérolémie familiale homozygote.	25.8.1988
LDL-Aphérèse	Oui	Hypercholestérolémie familiale homozygote Mise en oeuvre dans un centre qui dispose de l'infrastructure et de l'expérience nécessaire.	25.8.1988/ 1.1.2005
	Non	Hypercholestérolémie familiale hétérozygote	1.1.1993/ 1.3.1995/ 1.1.2005
	Non	En cas de hypercholestérolémie réfractaire à la thérapie	1.1.2007
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 ¹² . 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 ¹³ et à l'art. 12 de l'ordonnance du 16 mars 2007 sur la transplantation ¹⁴ . 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	1.1.1997/ 1.1.2013/ 1.1.2018

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 RS 810.21

¹⁴ RS 810.211

		<ul style="list-style-type: none"> – myélome multiple – neuroblastome – médulloblastome – tumeur germinale – sclérodermie systémique 	
	Oui	<p>dans le cadre d'études cliniques:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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	<p>Dans le cadre d'études cliniques multicentriques prospectives:</p> <ul style="list-style-type: none"> – en cas de maladie auto-immune hors sclérodermie systémique, maladie de Crohn et diabète sucré. <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"> – 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 extrahépatique 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. <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 2019¹⁵ 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>	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.7.2017/ 1.7.2020
	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 2019¹⁶ de la «Swiss</p>	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/ 15.7.2015/ 1.7.2017/ 1.7.2020

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

		<p>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)¹⁷.</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 préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.</p>	
Dosage de la mélatonine sérique	Non		1.1.1997
Test des latences multiples d'endormissement (<i>multiple sleep latency test</i>)	Oui	<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 2019¹⁸ de la 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>	1.1.2000/ 1.7.2017/ 1.7.2020
Test de maintien de l'éveil (<i>maintenance of wakefulness test</i>)	Oui	<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 2019¹⁹ de la 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>	1.1.2000/ 1.7.2017/ 1.7.2020
Actigraphie	Oui	<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 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</p>	1.1.2000/ 1.7.2017/1. 7.2020

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

¹⁸ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

¹⁹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

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

		demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.	
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
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
Massage séquentiel péristaltique	Oui		27.3.1969 / 1.1.1996
Enregistrement de l'ECG par téléométrie	Oui	Comme indications, entrent avant tout en ligne de compte les troubles du rythme et de la transmission, les troubles de la circulation du sang dans le myocarde (maladies coronariennes). L'appareil peut aussi servir au contrôle de l'efficacité du traitement.	13.5.1976
Système implantable pour l'enregistrement d'un électrocardiogramme sous-cutané	Oui		1.1.2001/ 1.1.2018
Surveillance téléphonique des stimulateurs cardiaques	Non		12.5.1977
Télé médecine des implants rythmologiques cardiologiques	Oui		1.7.2010 1.7.2012/ 1.1.2015
Implantation d'un défibrillateur	Oui		31.8.1989
Utilisation à ballonnet d'une pompe intra-aortale en cardiologie interventionnelle	Oui		1.1.1997
Revascularisation transmyocardique par laser	Non		1.1.2000
Thérapie de resynchronisation cardiaque sur la base d'un stimulateur cardiaque à triple chambre, implantation et changement d'agrégat	Oui	En cas d'insuffisance cardiaque chronique sévère réfractaire avec asynchronisme interventriculaire. Aux conditions suivantes: – insuffisance chronique sévère (NYHA III ou IV) avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche \leq 35 % malgré traitement médicamenteux adéquat; – bloc de branche gauche avec allongement du QRS \geq 130 millisecondes. Investigation et implantation seulement dans un centre de cardiologie qualifié, disposant d'une équipe interdisciplinaire avec les compétences requises en électrophysiologie cardiaque et de l'infrastructure nécessaire (échocardiographie, console de programmation, laboratoire de cathétérisme cardiaque).	1.1.2003/ 1.1.2004
Curiothérapie endocoronarienne	Non		1.1.2003
Implantation de stent coronariens à libération de médicaments	Oui		1.1.2005
Angioplastie coronaire avec cathéter à ballonnet recouvert de Paclitaxel	Oui	Indications: – resténose intrastent – sténose de petites artères coronaires	1.7.2012

Intervention par voie percutanée visant à traiter une grave insuffisance mitrale	Oui	Pour les patients inopérables souffrant d'une grave insuffisance mitrale (mortalité prédite de 10 % à 15 % en l'espace de 12 mois) et dont les valvules cardiaques ont une morphologie permettant cette intervention. Participation au «Mitra Swiss Registry»	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 Thoracic Surgeons et EuroScore II \geq 8%)	Oui	Lorsque les conditions (cumulatives) suivantes sont remplies: 1. 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 2017 ²¹ ; 2. la procédure TAVI ne peut être pratiquée que dans les institutions pratiquant la chirurgie cardiaque sur place; 3. la décision d'admissibilité de tous les patients à la procédure TAVI doit être prise au sein de l'équipe Heart Team, comprenant au moins deux spécialistes en cardiologie, dont une personne spécialisée en cardiologie interventionnelle disposant d'une formation pour les interventions TAVI, ainsi qu'un spécialiste en chirurgie cardiaque et un autre en anesthésie; 4. tous les centres pratiquant la procédure TAVI doivent fournir leurs données au SWISS TAVI Registry.	1.7.2013/ 1.1.2019/ 1.7.2019/ 1.7.2020
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	En cours d'évaluation. Lorsque les conditions (cumulatives) suivantes sont remplies: 1. 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 2017 ²² ; 2. la procédure TAVI ne peut être pratiquée que dans les institutions pratiquant la chirurgie cardiaque sur place; 3. la décision d'admissibilité de tous les patients à la procédure TAVI doit être prise au sein de l'équipe Heart Team, comprenant au moins deux spécialistes en cardiologie, dont une personne spécialisée en cardiologie interventionnelle disposant d'une formation pour les interventions TAVI, ainsi qu'un spécialiste en chirurgie cardiaque et un autre en anesthésie; 4. tous les centres pratiquant la procédure TAVI doivent fournir leurs données au SWISS TAVI Registry.	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	Non		1.7.2020

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

Society of Thoracic Surgeons et EuroScore II < 4%)			
Électrostimulation des barorécepteurs au moyen d'un système neurosti-mulateur implanté	Non		1.4.2020

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
Massages en cas de paralysie consécutive à des affections du système nerveux central	Oui		23.3.1972
Potentiels évoqués visuels dans le cadre d'examens neurologiques spéciaux	Oui		15.11.1979
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	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

parkinsonien, chronique et 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 jusqu'au 31.12.2020
Électro-neurostimulation transcutanée (TENS)	Oui	Si le patient utilise lui-même le stimulateur TENS, l'assureur lui rembourse les frais de location de l'appareil lorsque les conditions suivantes sont remplies: – le médecin ou, sur ordre de celui-ci, le physiothérapeute doit avoir testé l'efficacité du TENS sur le patient et avoir initié ce dernier à l'utilisation du stimulateur; – le médecin-conseil doit avoir confirmé que le traitement par le patient lui-même est indiqué; – indication notamment dans les cas suivants: – douleurs dues à un névrome; par ex. douleurs localisées pouvant être déclenchées par pression dans des membres amputés (moignons); – douleurs pouvant être déclenchées ou renforcées par la stimulation (pression, extension ou stimulation électrique) d'un point névralgique; par ex. douleurs de type sciatique ou syndromes de l'épaule et du bras; – douleurs provoquées par la compression des nerfs; par ex. douleurs irradiantes persistantes après opération d'une hernie discale ou du canal carpien.	23.8.1984
Stimulation nerveuse périphérique du nerf occipital	Oui	En cas de migraine chronique réfractaire à la thérapie au sens des critères diagnostiques de l'International Headache Society (International classification of headache disorders, 2nd edition, Cephalalgia 2004 (suppl 1) IHS ICHD-II code 1.5.1 ²³).	1.7.2014

Traitement par Baclofen à l'aide d'un doseur implantable de médicament	Oui	En cas de spasticité résistant à la thérapie.	1.1.1996
Traitement intrathécal d'une douleur chronique somatique à l'aide d'un doseur implantable de médicament	Oui		1.1.1991
Potentiels évoqués moteurs dans le cadre d'examens neurologiques spécialisés	Oui	Diagnostic d'une maladie neurologique. L'examinateur responsable est titulaire du certificat de capacité ou de l'attestation de formation complémentaire en électroencéphalographie ou en électroneuromyographie de la Société suisse de neurophysiologie clinique.	1.1.1999
Résection curative d'un foyer épileptogène	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – 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 savoir-faire chirurgical et thérapeutique et de possibilités de suivi du traitement.</p>	1.1.1996/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.8.2006/ 1.1.2009
Opération au laser (décompression au laser) de la hernie discale	Non		1.1.1997
Traitement électrothermique intradiscal	Non		1.1.2004
Cryoneurolyse	Non	Pour le traitement des douleurs des articulations intervertébrales lombaires	1.1.1997
Dénervation par radiofréquence d'articulation facettaire	Non		1.1.2004/ 1.1.2005
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 	1.1.1999/ 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004

		<p>vertébrale avec instabilité, cliniquement et radiologiquement vérifiées.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Après échec d'une spondylodèse postérieure avec système de vis pédiculaires. 	
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>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017</p>
Prothèses de disques lombaires	Oui	<p>Indication:</p> <p>Dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale lombaire.</p> <p>Échec d'une thérapie conservatrice de 6 mois, exception faite des patients présentant une dégénérescence symptomatique des disques intervertébraux de la colonne vertébrale lombaire et souffrant également, dans des conditions 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</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>

		neurochirurgie, il est nécessaire de demander préalablement une garantie spéciale à l'assureur-maladie qui prend en compte la recommandation du médecin-conseil.	
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>	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017
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 – Dégénérescence des disques intervertébraux sur deux segments maximum, évent. avec arthrose des articulations vertébrales. <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>	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017
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
Synoviorthèse	Oui		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 du cancer par pompe à perfusion (chimiothérapie)	Oui		27.8.1987
Traitement par laser pour chirurgie palliative à minima	Oui		1.1.1993
Perfusion isolée des membres en hyperthermie et au moyen du facteur de nécrose tumorale (TNF)	Oui	Mélanome malin atteignant exclusivement un membre. Sarcome des tissus mous atteignant exclusivement un membre. Dans un centre spécialisé ayant l'expérience du traitement interdisciplinaire des mélanomes et des sarcomes étendus des membres par cette méthode. Le traitement est effectué par une équipe composée de médecins spécialisés en chirurgie oncologique, en chirurgie vasculaire, en orthopédie, en anesthésie et en médecine intensive. Le traitement doit être effectué en salle d'opération, sous anesthésie générale et sous monitoring continu par sonde de Swan-Ganz.	1.1.1997/ 1.1.2001
	Non	Mélanome ou sarcome: – envahissant la racine du membre; – accompagné de métastases viscérales.	1.1.2001
Immunothérapie spécifique active pour la thérapie adjuvante du cancer du colon de stade II	Non		1.8.2007
Low-dose-rate-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 un médecin spécialisé en pathologie avec comme sous-spécialité la pathologie moléculaire. S'il a lieu dans un laboratoire étranger, celui-ci doit	1.1.2011/ 1.1.2015/ 1.1.2019 jusqu'au 31.12.2023

		satisfaire à la directive IVDD 98/79/CE ²⁴ ou à la norme ISO 15189 /17025 ²⁵ .	
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 néoplasies hématopoïétiques et lymphoïdes 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	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

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

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
Échographie	Oui	L'art. 13, let. b, OPAS est réservé pour les contrôles par échographie durant la grossesse.	23.3.1972 / 1.1.1997
Insémination artificielle	Oui	Insémination intra-utérine. Au maximum trois cycles de traitement par grossesse.	1.1.2001
Fécondation in vitro en vue de déterminer une éventuelle stérilité	Non		1.4.1994
Fécondation in vitro et transfert d'embryon (FIVETE)	Non		28.8.1986 /1.4.1994

Stérilisation: – d'une patiente	Oui	Pratiquée au cours du traitement médical d'une patiente en âge de procréer, la stérilisation doit être prise en charge par l'assurance-maladie dans les cas où une grossesse mettrait la vie de l'assurée en danger ou affecterait vraisemblablement sa santé de manière durable, à cause d'un état pathologique vraisemblablement permanent ou d'une anomalie physique, et si d'autres méthodes de contraception ne sont pas possibles pour des raisons médicales (au sens large).	11.12.1980
– du conjoint	Oui	Lorsqu'une stérilisation remboursable se révèle impossible pour la femme ou lorsqu'elle n'est pas souhaitée par les époux, l'assureur de la femme doit prendre en charge la stérilisation du mari.	1.1.1993
Traitement au laser du cancer du col in situ	Oui		1.1.1993
Ablation non chirurgicale de l'endomètre	Oui	Pour le traitement des ménorragies fonctionnelles résistant à la thérapie chez les femmes avant le ménopause.	1.1.1998
Frottis de Papanicolaou pour la détection précoce des cancers du col de l'utérus (art. 12e, let. b, OPAS)	Oui		1.1.1996/ 1.8.2008
Cytologie en couches minces pour la détection précoce des cancers du col de l'utérus selon les méthodes ThinPrep ou Autocyte Prep/SurePath (art. 12e, let. b, OPAS)	Oui		1.4.2003/ 1.7.2005/ 1.8.2008
Détection du papillomavirus humain (HPV) pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (art. 12e, let. b, OPAS)	Non		1.7.2002/ 1.8.2008/
Interventions mammaires mini-invasives sous guidage radiologique ou échographique	Oui	Selon les déclarations consensuelles de la Société suisse de sénologie (SSS) et du groupe de travail «Bildgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe»; Senologie – Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie 2009; 6: 181–184 ²⁶ .	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» ²⁷ . – L'implant Reemex® n'est pas pris en charge.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2019

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

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 2006²⁸ et n° 1/2011 du 4 mars 2011²⁹</p> <p>2. Programmes: programmes en groupes dirigés par un médecin avec approche thérapeutique pluridisciplinaire selon les exigences de l'association suisse Obésité de l'enfant et de l'adolescent publiées dans la revue «<i>Pediatrica</i>» n° 2/2007 du 13 avril 2007³⁰. 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

²⁸ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

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

		<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° 6/2006³¹ du 19 décembre 2006 et n° 1/2011³² 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 2007³³. 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>	
Thérapie par le jeu et la peinture chez l'enfant	Oui	Pratiquée par le médecin ou sous sa surveillance directe.	7.3.1974
Traitement de l'énurésie par appareil avertisseur	Oui	Dès l'âge de 5 ans	1.1.1993
Électrostimulation de la vessie	Oui	En cas de problèmes organiques de la miction.	16.2.1978
Gymnastique de groupe pour enfants obèses	Non		18.1.1979
Monitoring de la respiration; monitoring de la respiration et de la fréquence cardiaque	Oui	Chez les nourrissons à risque, sur prescription d'un médecin pratiquant dans un centre régional de diagnostic de la mort subite du nourrisson (SIDS).	25.8.1988 / 1.1.1996

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

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

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
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 des affections cutanées par la lumière noire (PUVA-thérapie)	Oui		15.11.1979
Photothérapie sélective par ultraviolets	Oui	Sous la responsabilité et le contrôle d'un médecin.	11.12.1980
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:			
– nævus télangiectasique	Oui		1.1.1993
– condylome acuminé	Oui		1.1.1993
– cicatrices d'acné	Non		1.7.2002
– chéloïde	Non		1.1.2004
Thérapie climatique au bord de la Mer Morte	Non		1.1.1997/ 1.1.2001
Balnéo-photothérapie ambulatoire	Non		1.7.2002
Stimulation des cellules par des ondes acoustiques pulsées (PACE) pour le traitement des 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 plaies³⁴.</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 materiel de comblement	Oui	En cas de lipoatrophie faciale découlant d'un traitement médicamenteux ou d'une maladie. Prise en charge uniquement si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil.	1.7.2013

6 Ophtalmologie

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement orthoptique	Oui	Par le médecin lui-même ou sous sa surveillance directe.	27.3.1969
Potentiels évoqués visuels dans le cadre d'examens ophtalmologiques spéciaux	Oui		15.11.1979
Biométrie par échographie oculaire avant opération de la cataracte	Oui		8.12.1983
Traitement au laser de:			
– rétinopathie diabétique	Oui		1.1.1993
– lésions rétinienues (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
Grefte de membrane amniotique pour recouvrir des lésions cornéennes	Oui		1.1.2001
Thérapie photodynamique de la dégénérescence maculaire par perfusion de Verteporfine	Oui	Dégénérescence maculaire exsudative liée à l'âge, sous sa forme prédominante classique.	1.1.2006
	Oui	En cas de néovascularisation provoquée par une myopie pathologique.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2012
	Non	Autres formes de la dégénérescence maculaire liée à l'âge.	1.1.2008
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	<ul style="list-style-type: none"> – en cas de glaucome difficile à traiter, pour poser l'indication d'une intervention chirurgicale – pose de l'indication des traitements de la rétine <p style="text-align: center;">Examen dans le centre où doit être effectués l'intervention et le traitement.</p>	1.1.2004/ 1.8.2008
Traitement de la cornée par UV crosslinking en cas de kératocône	Non		1.8.2008
Traitement du kératocône au moyen d'anneaux intra-cornéens	Oui	<p>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.</p> <p>Exécution dans les centres/cliniques A, B et C (selon la liste des centres de formation continue de la FMH dans l'ophtalmologie).</p>	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 des troubles du langage	Oui	Pratiqué par le médecin lui-même ou sous sa direction et sa surveillance directes (voir aussi les art. 10 et 11 OPAS).	23.3.1972
Aérosols soniques	Oui		7.3.1974
Traitement par oreille électronique selon la méthode Tomatis (audio-psycho-phonologie)	Non		18.1.1979
Prothèse vocale	Oui	Implantation pendant ou après une laryngectomie totale. Le remplacement d'une prothèse vocale implantée est une prestation obligatoire.	1.3.1995
Traitement au laser de:			
– papillomatose des voies respiratoires	Oui Oui		1.1.1993 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
Traitement de la toxicomanie			25.3.1971
– ambulatoire	Oui	Réduction des prestations possible en cas de faute grave de l'assuré.	
– hospitalier	Oui		
Traitement de substitution en cas de dépendance aux opiacés	Oui	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 ³⁵ ;	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 ³⁶ .	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	

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

		<p>ne se fasse pas par l'intermédiaire d'un pharmacien;</p> <ul style="list-style-type: none"> – assurance de la qualité; – traitement des troubles liés à l'usage d'autres substances psychotropes; – évaluation du processus thérapeutique; – demandes de renseignements auprès de l'institution en charge de la remise des produits; – réexamen du diagnostic et de l'indication; – adaptation du traitement et correspondance qui en résulte avec les autorités; – établissement de rapports à l'intention des autorités et de l'assureur-maladie; – contrôle de la qualité. <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
Psychothérapie de groupe	Oui	Selon les art. 2 et 3 OPAS.	25.3.1971 /1.1.1996
Relaxation selon la méthode d'Ajuriaguerra	Oui	Dans le cabinet du médecin ou dans un hôpital sous surveillance directe du médecin.	22.3.1973
Thérapie par le jeu et la peinture chez l'enfant	Oui	Pratiquée par le médecin ou sous sa surveillance directe.	7.3.1974
Psychodrame	Oui	Selon les art. 2 et 3 OPAS.	13.5.1976 /1.1.1996
Contrôle de la thérapie par vidéo	Non		16.2.1978
Musicothérapie	Non		11.12.1980
Traitement de l'insomnie par thérapie cognitivo-	Oui	1. Psychothérapie pratiquée par un médecin, au sens de l'art. 2 OPAS, sur les bases de la thérapie cognitivo-comportementale,	1.7.2017

comportementale basée sur Internet		<p>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 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
Tomographie axiale computerisée (CT-scan)	Oui	Pas d'examen de routine (screening).	15.11.1979
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)³⁷.</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 SSMN³⁸, chapitre 1.0, pour TEP au FDG, 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, 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: <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 	<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</p>

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

		<p>thérapeutique, selon prescription par des spécialistes en rhumatologie, en allergologie et immunologie clinique, en médecine interne générale, en angiologie ou en chirurgie vasculaire,</p> <ul style="list-style-type: none"> – en cas de suspicion d'infection de greffons vasculaires, – en cas d'échinococcose alvéolaire dans la perspective d'une éventuelle suspension du traitement médicamenteux; 	
		<p>5. En cours d'évaluation: pour la question «effet de masse», selon les directives cliniques du 28 avril 2011 de la SSMN, chapitre 2.0, pour TEP au FDG.</p>	<p>1.7.2014/ 1.1.2018/ 1.1.2019/ 1.1.2020 jusqu'au 31.12.2020</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>	<p>1.7.2013</p>
		<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>	<p>1.7.2013</p>
		<p>d) Au moyen de 18F-Fluorocholine, seulement pour les indications suivantes: pour examiner 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).</p>	<p>1.7.2014/ 1.1.2018/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.7.2020</p>
		<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>	<p>1.1.2016</p>
		<p>f) Au moyen du traceur PSMA, seulement pour l'indication suivante: pour examiner une récurrence biochimique démontrée (élévation du PSA) d'un carcinome prostatique.</p>	<p>1.1.2017/ 1.1.2019</p>
		<p>g) Au moyen de peptides DOTA, seulement pour l'indication suivante: tumeurs neuroendocrines différenciées: évaluation (<i>staging</i>) et réévaluation (<i>restaging</i>) du stade d'évolution de la maladie.</p>	<p>1.7.2017</p>
		<p>h) Au moyen de H₂¹⁵O, seulement pour l'indication suivante: pour mesurer la perfusion avant et après une intervention de revascularisation cérébrale en cas de maladie de Moyamoya.</p>	<p>1.7.2018</p>

		<p>i) Au moyen du traceur amyloïde marqué, seulement pour l'indication suivante:</p> <p>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 préa-lable interdisciplinaire et sur prescription de spécialistes en médecine interne générale avec formation approfondie en géria-trie, 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</p> <p>b) Avec d'autres isotopes que 18F-Fluoro-Deoxy-Glucose (FDG), 18F-Fluorocholine, N-13 Ammoniaque, rubidium 82 ou 18F-Ethyl-Thyrosine (FET), PSMA, péptides DOTA ou H₂¹⁵O 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
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

		– 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 – Métastases ganglionnaires superficielles et récurrence locale en cas de mélanome malin – Récidive locale de tumeur avec symptômes de compression dans les situations palliatives	1.1.2017

		Les traitements se font dans une clinique rattachée au Swiss Hyperthermia Network. Indications par son <i>tumorboard</i> .	
Hyperthermie profonde régionale lors de traitement tumoral, 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 31.12.2020

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 2011³⁹.</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>Réadaptation en cas de MAP: profil indiqué par la Société suisse d'angiologie le 5 mars 2009⁴⁰.</p> <p>Réadaptation en cas de diabète: profil indiqué par la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie le 17 novembre 2010⁴¹.</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 	

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

⁴⁰ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

⁴¹ Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref

		<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 pneumologie⁴².</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

⁴²
Le document peut être consulté à l'adresse suivante: www.ofsp.admin.ch/ref