

# **Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie**

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

**Modification du 9 décembre 2002**

---

*Le Département fédéral de l'intérieur*

*arrête:*

I

L'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins<sup>1</sup> est modifiée comme suit:

*Art. 4, al. 1, let. d*

<sup>1</sup> L'assurance prend en charge les analyses, les médicaments, les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques ainsi que les examens par imagerie, prescrits par les chiropraticiens, qui suivent:

- d. examens par imagerie:
  - 1. radiographie du squelette,
  - 2. scanner (CT) du squelette,
  - 3. résonance magnétique nucléaire (IRM) du squelette axial,
  - 4. scintigraphie du squelette.

*Art. 5, al. 2 et 4*

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

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

<sup>1</sup> RS 832.112.31

*Art. 6, al. 2 et 4*

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

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

*Art. 9c, al. 3*

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

*Art. 12, let. p et r*

L'assurance prend en charge, en plus des mesures diagnostiques et thérapeutiques, les mesures médicales de prévention suivantes (art. 26 LAMal<sup>2</sup>)

Mesure	Conditions
p. prophylaxie à la vitamine K	chez les nouveaux-nés (3 doses)
r. examen par sonographie selon la méthode de Graf de la dysplasie de la hanche des nouveaux-nés	entre 0 et 6 semaines, examen effectué par un médecin spécialement formé pour cette méthode. Cette réglementation est valable jusqu'au 31 mars 2004

## II

<sup>1</sup> L'annexe 1 à l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins est remplacé par la version ci-jointe.

<sup>2</sup> L'annexe 3 «Liste des analyses»<sup>3</sup> à l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins est applicable dans sa teneur du 1<sup>er</sup> janvier 2003.

<sup>2</sup> RS 832.10

<sup>3</sup> Non publiée au RO (art. 28)

III

La présente modification entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003.

9 décembre 2002

Département fédéral de l'intérieur:  
Ruth Dreifuss

*Annexe I*  
(art. 1)**Prise en charge par l'assurance obligatoire  
des soins de certaines prestations fournies par les médecins****Remarques préliminaires**

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

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

**Table des matières de l'annexe 1**

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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
<b>1 Chirurgie</b>			
<i>1.1 Chirurgie générale</i>			
Mesures en cas d'opération du cœur	Oui	Sont inclus: Cathétérisme cardiaque; angiocardiogra- phie, produit de contraste comprise; hypothermie; emploi du cœur-poumon artificiel; emploi d'un Cardioverter comme stimulateur, défibrillateur ou moniteur cardiaque; conserves de sang et sang frais; mise en place d'une valvule artificielle, prothèse comprise; mise en place d'un stimulateur cardiaque, appareil compris.	1.9.1967
Système de stabilisation pour opération de pon- tage coronarien à cœur battant	Oui	Tous les patients de pontage coronarien. Dans les cas suivants un avantage spé- cial peut être attendu de cette méthode: – aorte calcifiée; – défaillance rénale; – syndrome respiratoire obstructif chronique; – âge avancé (plus de 70–75 ans). Contre-indications: – vaisseaux sanguins profonds et des vaisseaux gravement calcifiés ou très petits et diffus (>1,5 mm); – instabilité hémodynamique peropé- ratoire à cause de la manipulation du cœur ou à cause d'une ischémie.	1.1.2002
Endoprothèses	Oui		27.6.1968
Reconstruction mammaire	Oui	Pour rétablir l'intégrité physique et psychique de la patiente après une amputation médicalement indiquée.	23.8.1984/ 1.3.1995
Autotransfusion	Oui		1.1.1991
Traitement chirurgical de l'obésité (Roux-en-Y gastric by-pass, Gastric Banding, Vertical Banded Gastroplasty)	Oui	En cours d'évaluation a. Après en avoir référé au médecin- conseil. b. Le patient ne doit pas avoir plus de 60 ans. c. Le patient présente un indice de masse corporelle (BMI) de plus de 40. d. Une thérapie appropriée de deux ans pour réduire le poids n'a pas eu de succès.	1.1.2000

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>e. Le patient souffre en outre d'une des maladies suivantes: hypertension artérielle mesurée à l'aide d'un brassard large; diabète sucré; syndrome d'apnée du sommeil; dyslipémie; affections dégénératives invalidantes de l'appareil locomoteur; coronaropathie; stérilité avec hyperandrogénisme; ovaires polycystiques chez patiente en âge de procréer.</p> <p>f. L'opération doit être exécutée dans un centre hospitalier disposant d'une équipe interdisciplinaire et expérimentée en chirurgie, psychothérapie, conseils nutritionnels et médecine interne.</p> <p>g. L'hôpital doit tenir un registre d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et statistique des coûts.</p>	
Traitement de l'obésité par ballonnet intragastrique	Non		25.8.1988
Thérapie à radiofréquence pour le traitement des varices	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
<i>1.2 Chirurgie de transplantation</i>			
Transplantation rénale	Oui	Sont inclus les frais d'opération du donneur, y compris le traitement des complications éventuelles et une indemnité adéquate pour la perte de gain effective. La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de mort éventuelle du donneur est exclue.	25.3.1971 23.3.1972
Transplantation cardiaque	Oui	En cas d'affections cardiaques graves et incurables telles que la cardiopathie ischémique, la cardio-myopathie idiopathique, les malformations cardiaques et l'arythmie maligne.	31.8.1989
Transplantation isolée du poumon d'un donneur non-vivant	Oui	Stade terminal d'une maladie pulmonaire chronique.  Aux centres suivants: Hôpital universitaire de Zurich, Hôpital cantonal universitaire de Genève en collaboration avec le Centre hospitalier universitaire vaudois, lorsque le centre participe au registre de SwissTransplant.	1.1.2003
Transplantation cœur-poumon	Non		31.8.1989/ 1.4.1994

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Transplantation du foie	Oui	Exécution dans un centre qui dispose de l'infrastructure nécessaire et de l'expérience correspondante («fréquence minimale»: en moyenne dix transplantations de foie par année).	31.8.1989/ 1.3.1995
Transplantation du foie d'un donneur vivant	Non	En cours d'évaluation	1.1.2003
Transplantation simultanée du pancréas et du rein	Oui	Aux centres suivants: Hôpital universitaire de Zurich, Hôpital cantonal universitaire de Genève, lorsque le centre participe au registre de SwissTransplant.	1.1.2003
Transplantation isolée du pancréas (Pancreas Transplantation Alone, Pancreas Afer Kidney)	Non		31.8.1989/ 1.4.1994
Allotransplantation d'ilôts de Langerhans	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Autotransplantation d'ilôts de Langerhans	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Transplantation isolée du pancréas	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Transplantation isolée de l'intestin grêle	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Transplantation simultanée de l'intestin grêle et du foie et transplantation multiviscérale	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Transplantation du foie d'un donneur vivant	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Greffe d'épiderme autologue de culture (kératinocytes)	Oui	Adultes: – Brûlures dès 70 % de la surface corporelle totale; – brûlures profondes dès 50 % de la surface corporelle totale. Enfants: – Brûlures dès 50 % de la surface corporelle totale; – brûlures profondes dès 40 % de la surface corporelle totale.	1.1.1997/ 1.1.2001



Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Greffe allogénique d'un équivalent de peau humaine bicouche vivant (composé de derme et d'épiderme)	Non	En cours d'évaluation	1.4.2003
	Oui	En cours d'évaluation Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.  En cas d'ulcères veineux chroniques des jambes, après un traitement in-fructueux selon les méthodes conventionnelles pendant 6 à 12 mois.	1.1.2001/ 1.7.2002 jusqu'au 31.3.2003
Equivalent épidermique autologue issu d'une culture en deux étapes	Non	En cours d'évaluation	1.1.2003
<i>1.3 Orthopédie, traumatologie</i>			
Traitement des défauts de posture	Oui	Prestation obligatoire seulement pour les traitements de caractère nettement thérapeutique, c.à.d. si des modifications de structure ou des malformations de la colonne vertébrale décelables à la radiographie sont devenues manifestes. Les mesures prophylactiques qui ont pour but d'empêcher d'imminentes modifications du squelette, telle 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 teflon ou de silicone en tant que «lubrifiant»	Non		12.5.1977
Traitement de l'arthrose par injection d'une solution mixte contenant de l'huile Jodoformöl	Non		1.1.1997
Thérapie par ondes de choc extracorporelles (lithotripsie) appliquée à l'appareil locomoteur	Non	En cours d'évaluation	1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2002
Protection des hanches pour prévenir les fractures du col du fémur	Non		1.1.1999/ 1.1.2000

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Osteochondral Mosaicplasty pour couvrir des lésions du tissu osseux ou cartilagineux	Non		1.1.2002
Grefte autologue de chondrocytes	Non		1.1.2002
Viscosupplémentation pour le traitement de la gonarthrose	Oui	En cours d'évaluation Traitements à base d'analgésiques ou de conservateurs sont inefficaces ou contre- indiqués. Le but du traitement à long terme est de repousser l'implantation d'une prothèse. Système d'évaluation uniforme fondée sur des données quantitatives et une statistique des coûts. – Traitements pratiqués dans le cadre de l'étude randomisée suisse (SVISCOT) pour l'évaluation clini- que et économique de la viscosup- plémentation. – Lors de SVISCOT une rémunération forfaitaire est convenue pour le trai- tement par viscosupplémentation.	1.7.2002/ 1.1.2003 jusqu'au 31.12.2003
<i>1.4 Urologie et proctologie</i>			
Uroflowmétrie (mesure du flux urinaire par en- registrement de courbes)	Oui	Limité aux adultes	3.12.1981
Lithotripsie rénale extra-corporelle par ondes de choc (ESWL), fragmentation des calculs rénaux	Oui	Indications L'ESWL est indiquée en cas de a. lithiases du bassinnet; b. lithiases calicielles; c. lithiases de la partie supérieure de l'uretère, 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. Les risques accrus entraînés par la position particulièrement 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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement chirurgical des troubles de l'érection			
– Prothèses péniennes	Non		1.1.1993/ 1.4.1994
– Chirurgie de revas- cularisation	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
Traitement du varicocèle par embolisation			
– à l'aide d'un causti- que ou par coils	Oui		1.3.1995
– par balloons 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
Electroneuromodulation des racines sacrées à l'aide d'un système im- planté pour le traitement de l'incontinence uri- naire et de la vidange vé- sicale	Oui	En cours d'évaluation Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.  Ne peut être effectuée que dans une institution reconnue, disposant d'une unité d'urodynamique capable de réali- ser une évaluation dynamique complète et d'une unité de neuromodulation pour l'évaluation de la fonction des nerfs périphériques (test PNE). Après échec des traitements conservateurs (y compris la réhabilitation). Après un test de sti- mulation (PNE) positif.  Système d'évaluation uniforme fondée sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	1.7.2000/ 1.7.2002 jusqu'au 31.12.2004

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Electroneuromodulation des racines sacrées à l'aide d'un système implanté pour le traitement de l'incontinence fécale	Oui	En cours d'évaluation Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. Ne peut être effectuée que dans une institution reconnue, disposant d'une unité de manométrie anorectale capable de réaliser une évaluation manométrique complète, ainsi que d'une unité de neuromodulation pour l'évaluation de la fonction des nerfs périphériques (test PNE). Après échec des traitements conservateurs et / ou chirurgicaux (y compris la réhabilitation). Après un test de stimulation (PNE) positif. Système d'évaluation uniforme fondée sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	1.1.2003 jusqu'au 31.12.2007
<b>2 Médecine interne</b>			
<i>2.1 Médecine interne générale</i>			
Thérapie par injection d'ozone	Non		13.5.1976
Traitement par O <sub>2</sub> hyperbare	Oui	En cas: – de lésions actiniques chroniques ou tardives – d'ostéomyélite de la mâchoire – d'ostéomyélite chronique	1.4.1994 1.9.1988
Cellulothérapie à cellules fraîches	Non		1.1.1976
Sérocythothérapie	Non		3.12.1981
Vaccination contre la rage	Oui	Lors du traitement d'un patient mordu par un animal atteint de la rage ou suspect d'avoir cette maladie	19.3.1970
Traitement de l'obésité	Oui	– si le poids est supérieur de 20 % ou plus au poids idéal maximal – si une maladie concomitante peut être avantageusement influencée par la réduction du poids	7.3.1974
– par les dérivés de l'amphétamines	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 (emploi du «rein artificiel»)	Oui		1.9.1967

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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 exclue	1.3.1995
Nutrition entérale à domicile sans utilisation de sonde	Non		1.7.2002
Nutrition parentérale à domicile	Oui		1.3.1995
Insulinothérapie à l'aide d'une pompe à perfusion continue	Oui	Aux conditions suivantes: – Le patient souffre d'un diabète extrêmement labile – Son affection ne peut pas être stabilisée de manière satisfaisante par la méthode des injections multiples – L'indication du traitement au moyen de la pompe est déterminée et les soins sont dispensés par un centre qualifié ou, après consultation du médecin-conseil, par un médecin spécialisé installé en cabinet privé qui a l'expérience nécessaire	27.8.1987/ 1.1.2000
Perfusion parentérale d'antibiotique à l'aide d'une pompe à perfusion continue, pratiquée 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	En cas d'hypercholestérolémie familiale homozygote	25.8.1988
	Non	En cas d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote	1.1.1993/ 1.3.1995

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Greffe de cellules souches hématopoiétiques		Dans les centres qualifiés par l'organe de certification du STABMT (Groupe de travail de SwissTransplant pour la transplantation de cellules du sang et de la moelle), selon les prescriptions du Joint Accreditation Committee of ISHAGE Europe and EBMT (JACIE) «Accreditation manual for Blood and Marrow Progenitor Cell Processing, Collection and Transplantation» de mai 1999. Les prestataires doivent tenir un registre d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	
– autologue	Oui	En cas de: <ul style="list-style-type: none"> <li>– lymphomes</li> <li>– leucémie lymphatique aiguë</li> <li>– leucémie myéloïde aiguë.</li> </ul>	1.1.1997
	Oui	En cas de myélome multiple.	1.1.2002
	Oui	En cours d'évaluation En cas de: <ul style="list-style-type: none"> <li>– syndrome myéloblastique</li> <li>– neuroblastome</li> <li>– médulloblastome</li> <li>– leucémie myéloïde chronique</li> <li>– cancer du sein</li> <li>– tumeur germinale</li> <li>– cancer de l'ovaire</li> <li>– sarcome d'Ewing</li> <li>– sarcome des tissus mous et tumeur de Wilms</li> <li>– rhabdomyosarcome</li> <li>– carcinome bronchique à petites cellules</li> <li>– tumeur solide rare de l'enfant.</li> </ul>	1.1.2002 et jusqu'au 31.12.2006
	Non	En cas de: <ul style="list-style-type: none"> <li>– récurrence d'une leucémie myéloïde aiguë</li> <li>– récurrence d'une leucémie lymphatique aiguë</li> <li>– cancer du sein avec métastases osseuses étendues</li> <li>– maladies congénitales.</li> </ul>	1.1.1997
	Non	En cours d'évaluation En cas de maladie auto-immune.	1.1.2002

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
– allogénique	Oui	En cas de: – leucémie myéloïde aiguë – leucémie lymphatique aiguë – leucémie myéloïde chronique – syndrome myéloдисplasique – anémie aplasique – déficit immunitaire et enzymopathie congénitale – thalassémie et anémie drépanocytaire (donneur génotypiquement HLA-identique).	1.1.1997
	Oui	En cours d'évaluation En cas de: – myélome multiple – tumeur du système lymphatique (lymphome de Hodgkin, lymphome non-hodgkinien, leucémie lymphatique chronique) – carcinome du rein – mélanome.	1.1.2002 et jusqu'au 31.12.2006
		Les frais de l'opération chez le donneur du receveur, y compris le traitement des complications éventuelles et une indemnité adéquate pour la perte de gain effective. La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de mort éventuelle du donneur est exclue.	1.1.1997
	Non	En cas de tumeurs solides.	1.1.1997
	Non	En cours d'évaluation En cas de: – maladie auto-immune – cancer du sein.	1.1.2002
Lithotritie des calculs biliaires	Oui	Calcul biliaire intrahépatique; calcul biliaire extrahépatique dans la région du pancréas et du cholédoque. Calculs intrarésiculaires lorsque le patient est inopérable (y compris par une cholécystectomie laparoscopique).	1.4.1994

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Polysomnographie Polygraphie	Oui	En cas de forte suspicion de: <ul style="list-style-type: none"> <li>– syndrome de l'apnée du sommeil</li> <li>– mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil</li> <li>– narcolepsie, lorsque le diagnostic clinique est incertain</li> <li>– parasomnie sévère (p. ex. dystonie épileptique nocturne ou comportements violents pendant le sommeil), lorsque le diagnostic est incertain et qu'une thérapie s'impose.</li> </ul> Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie du 6 septembre 2001.	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.7.2002
	Non	Examen de routine de l'insomnie passagère et de l'insomnie chronique, de la fibromyalgie et du syndrome de fatigue chronique.	1.1.1997
	Non	En cours d'évaluation	1.4.2003
	Oui	En cours d'évaluation En cas de forte suspicion de: <ul style="list-style-type: none"> <li>– troubles de l'endormissement et du sommeil, lorsque le diagnostic initial est incertain et seulement lorsque le traitement au comportement ou médicamenteux est sans succès.</li> <li>– troubles persistants du rythme circadien, lorsque le diagnostic est incertain.</li> </ul> Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives de la Société Suisse de Recherche sur le Sommeil, de Médecine du Sommeil et de Chronobiologie du 6 septembre 2001. Système d'évaluation uniforme fondée sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	1.1.1997/ 1.7.2002 jusqu'au 31.3.2003



Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Polygraphie	Oui	En cours d'évaluation En cas de forte suspicion de syndrome de l'apnée du sommeil Exécution par un médecin spécialisé (pneumologie FMH) pouvant justifier d'une formation et d'une expérience pratique en polygraphie respiratoire selon les directives de la Société Suisse de Recherche sur le Sommeil, de Médecine du Sommeil et de Chrono- biologie du 6 septembre 2001. Système d'évaluation uniforme fondée sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	1.7.2002 jusqu'au 31.12.2005
Mesure de la mélatonine dans le sérum	Non		1.1.1997
Multiple Sleep Latency Test	Oui	Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie de 1999.	1.1.2000
Maintenance of Wakefulness Test	Oui	Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie de 1999.	1.1.2000
Actigraphie	Oui	Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie de 1999.	1.1.2000
Test respiratoire à l'urée (13C) pour évidence Helicobacter pylori	Oui		16.9.1998/ 1.1.2001
Immunothérapie par cellules dendritiques pour le traitement du mélanome	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Traitement photodyna- mique au méthylester de l'acide aminolévulinique	Oui	Kératose actinique, carcinome basocel- lulaire, maladie de Bowen et carcinome spinocellulaire mince	1.7.2002
<i>2.2 Maladies cardio-vasculaires, médecine intensive</i>			
Insufflation de O <sub>2</sub>	Non		27.6.1968
Massage séquentiel péristaltique	Oui		27.3.1969/ 1.1.1996

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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	Selon les directives du groupe de travail «Stimulation cardiaque et électrophysiologie» de la Société suisse de cardiologie du 26 mai 2000.	1.1.2001
Surveillance téléphonique des stimulateurs cardiaques	Non		12.5.1977
Implantation d'un défibrillateur	Oui		31.8.1989
Application d'une pompe-ballon intra-aortale en cardiologie interventionnelle	Oui		1.1.1997
Revascularisation transmyocardique par laser	Non	En cours d'évaluation	1.1.2000
Resynchronisation cardiaque	Non	En cours d'évaluation	1.1.2003
Curiothérapie endocoronarienne	Non	En cours d'évaluation	1.1.2003
<i>2.3 Neurologie y incluse la thérapie des douleurs</i>			
Massages en cas de paralysie consécutive à des affections du système nerveux central	Oui		23.3.1972
Potentiels évoqués visuels dans le cadre d'examens neurologiques spéciaux	Oui		15.11.1979
Electrostimulation de la moelle épinière par l'implantation d'un système de neurostimulation	Oui	Traitement de douleurs chroniques graves, avant tout des douleurs du type de désafférentation (douleurs fantômes), des douleurs par adhérences des racines après hernie discale et perte de sensibilité dans les dermatomes correspondants, des causalgies et notamment des douleurs provoquées par des fibroses 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 changement du générateur d'impulsions est une prestation obligatoire.	21.4.1983/ 1.3.1995

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Electrostimulation des structures cérébrales profondes par implantation d'un système de neurostimulation	Oui	Traitement des douleurs chroniques graves, avant tout de douleurs du type de désafférentation d'origine centrale (p. ex. lésion de la moelle épinière ou intrarachidiale, lacération intradurale du nerf), lorsqu'il existe une indication stricte et qu'un test a été effectué au moyen d'une électrode percutanée. Le changement du générateur d'impulsions est une prestation obligatoire.	1.3.1995
Opérations stéréotaxiques en vue de traiter la maladie de Parkinson chronique et réfractaire aux traitements non chirurgicaux (lésions par radiofréquence et stimulations chroniques du pallidum, thalamus et subthalamus)	Oui	Diagnostic établi d'une maladie de Parkinson idiopathique. Progression des symptômes sur un minimum de deux ans. Contrôle insuffisant des symptômes par le traitement dopaminergique (phénomène off, fluctuations on/off, dyskinésies on). Examens et opérations dans des centres spécialisés qui disposent des infrastructures nécessaires (neurochirurgie fonctionnelle, neurologie, neuroradiologie).	1.7.2000
Opération stéréotactique (lésions par radiofréquence et stimulation chronique du thalamus) en vue de traiter le tremblement non parkinsonien, chronique et réfractaire aux traitements non chirurgicaux	Oui	Diagnostic établi d'un tremblement non parkinsonien, progression des symptômes sur un minimum de deux ans, contrôle insuffisant des symptômes par le traitement médicamenteux. Examens et opérations dans des centres spécialisés qui disposent des infrastructures nécessaires (neurochirurgie fonctionnelle, neurologie, électrophysiologie neurologique, neuroradiologie).	1.7.2002
Electro-neurostimulation transcutanée (TENS)	Oui	Si le patient utilise lui-même le stimulateur TENS, l'assureur lui rembourse les frais de location de l'appareil lorsque les conditions suivantes sont remplies: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le médecin ou, sur ordre de celui-ci, le physiothérapeute doit avoir testé l'efficacité du TENS sur le patient et l'avoir initié à l'utilisation du stimulateur;</li> <li>– Le médecin-conseil doit avoir confirmé que le traitement par le patient lui-même était indiqué;</li> <li>– L'indication est notamment donnée dans les cas suivants: <ul style="list-style-type: none"> <li>– douleurs qui émanent d'un névrome; p. ex. des douleurs localisées pouvant être déclenchées par pression dans le secteur des membres amputés (moignons);</li> </ul> </li> </ul>	23.8.1984

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– douleurs pouvant être déclenchées ou renforcées par stimulation (pression, extension ou stimulation électrique) d'un point névralgique comme p. ex. des douleurs sous forme de sciatique ou des syndromes de l'épaule et du bras;</li> <li>– douleurs provoquées par compression des nerfs; p. ex. douleurs irradiantes persistantes après opération pour hernie discale ou du canal carpien.</li> </ul>	
Thérapie au Baclofen à l'aide d'un doseur implantable de médicament	Oui	En cas de spasticité résistant à la thérapie.	1.1.1996
Traitement intrathécal de la douleur chronique somatique à l'aide d'un doseur implantable de médicament	Oui		1.1.1991
Potentiels évoqués moteurs comme examen neurologique spécialisé	Oui	Diagnostic de maladies neurologiques. L'examineur 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	Indications: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Preuve de l'existence d'une épilepsie focale.</li> <li>– Fort handicap du patient en raison de souffrances dues à la maladie comitiale.</li> <li>– Résistance à la pharmacothérapie.</li> <li>– Investigations et exécution dans un centre pour épileptiques qui dispose des équipements diagnostiques adéquats (en électrophysiologie, IRM, PET, etc.), d'un service de neuropsychologie, du savoir-faire chirurgical et thérapeutique ainsi que de possibilités de suivi du traitement.</li> </ul>	1.1.1996
Chirurgie palliative de l'épilepsie par:	Oui	En cours d'évaluation Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	1.1.1996/ 1.7.2002

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
<ul style="list-style-type: none"> <li>- commissurotomie</li> <li>- amygdalo-hippocampectomie sélective</li> <li>- opération sous-apiale multiple (selon Morell-Whisler)</li> <li>- stimulation du nerf vague</li> </ul>		<p>Lorsque les investigations montrent que la chirurgie curative de l'épilepsie focale n'est pas indiquée et qu'une méthode palliative permettra un meilleur contrôle des crises ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigations et exécution dans un centre pour épileptiques qui dispose des équipements diagnostiques adéquats (en électrophysiologie, IRM, PET, etc.), d'un service de neuro-psychologie, du savoir-faire chirurgical et thérapeutique ainsi que de possibilités de suivi du traitement.</li> <li>- Tenue d'un registre d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.</li> </ul>	
Opération au laser (décompression au laser) de l'hernie discale	Non		1.1.1997
Cryoneurolyse	Non	Pour le traitement des douleurs des articulations intervertébrales lombaires	1.1.1997
Spondylodèse par cages intersomatiques	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instabilité dégénérative de la colonne vertébrale avec hernie discale, récidive de hernie discale ou sténose pour des patients présentant un syndrome vertébral ou radiculaire invalidant, résistant au traitement conservateur, causé par des pathologies dégénératives de la colonne vertébrale avec instabilité, cliniquement et radiologiquement vérifiées.</li> <li>- Après échec d'une spondylodèse postérieure avec système de vis pédiculaires.</li> </ul>	1.1.1999 jusqu'au 31.12.2001/1.7.2002
<i>2.4 Médecine physique, rhumatologie</i>			
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire d'un lubrifiant artificiel	Non		25.3.1971
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire de teflon ou de silicone en tant que «lubrifiant»	Non		12.5.1977
Synoviorthèse	Oui		12.5.1977
Thérapie au low-level-laser	Non		1.1.2001

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
<b>2.5 Oncologie</b>			
Traitement du cancer par pompe à perfusion (chimiothérapie)	Oui		27.8.1987
Traitement au laser pour chirurgie minimale palliative	Oui		1.1.1993
Perfusion isolée des membres en hyperthermie et au moyen du facteur de nécrose tumorale (TNF)	Oui	En cas de mélanome malin atteignant exclusivement un membre. En cas de 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 chirurgiens oncologiques, de chirurgiens vasculaires, d'orthopédistes, d'anesthésistes et de spécialistes en soins intensifs. 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	En cas de mélanome ou de sarcome – envahissant la racine du membre; – accompagné de métastases viscérales.	1.1.2001
Photo-chimiothérapie extracorporelle	Oui	En cas de réticulomatose cutanée (syndrome de Sézary)	1.1.1997
Curiethérapie par implants permanents d'iode 125 pour le traitement du carcinome de la prostate	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
<b>3 Gynécologie, obstétrique</b>			
Diagnostic par ultrasons en obstétrique et gynécologie	Oui	L'art. 13, let. b, OPAS est réservé pour les contrôles ultrasonographiques lors d'une 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 pour examiner la stérilité	Non		1.4.1994
Fécondation in vitro et transfert d'embryon (FIVETE)	Non		28.8.1986/ 1.4.1994

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
<b>Stérilisation:</b>			
– 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 sa santé de manière vraisemblablement durable, à cause d'un état pathologique vraisemblablement permanent ou d'une anomalie physique, et si d'autres méthodes contraceptives n'entrent pas en ligne de compte pour des raisons médicales (au sens large).	11.12.1980
– du conjoint	Oui	Lorsqu'une stérilisation remboursable en soi s'avère 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 pas encore ménopausées.	1.1.1998
Frottis selon Papanicolau pour la détection précoce des cancers du col de l'utérus (art. 12, let.c, OPAS)	Oui		1.1.1996
Cytologie en couches minces pour la détection précoce des cancers du col de l'utérus selon les méthodes ThinPrep ou Autocyte Prep / SurePath (art. 12, let. c, OPAS)	Non	En cours d'évaluation	1.4.2003
	Oui	En cours d'évaluation	1.7.2000 jusqu'au 31.3.2003
Détection du Human Papilloma Virus pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (art. 12, let.c, OPAS)	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Interventions mammaires mini-invasives sous guidage radiologique ou échographique (par. ex. biopsie au pistolet, Mammatome, ABBI, Siteselect)	Oui	En cours d'évaluation Selon les directives de la Société Suisse de Sénologie du 2 novembre 2001 Conception d'évaluation uniforme fondée sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	1.7.2002 jusqu'au 31.12.2007
<b>4 Pédiatrie, psychiatrie de l'enfant</b>			
Thérapie par le jeu et la peinture chez les enfants	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 révolus	1.1.1993
Electrostimulation de la vessie	Oui	En cas de problèmes organiques de la miction	16.2.1978
Gymnastique de groupe pour enfants obèses	Non		18.1.1979
Monitoring de respiration; monitoring de respiration et de fréquence cardiaque	Oui	Chez des 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
<b>5 Dermatologie</b>			
Traitement par la lumière noire (PUVA) des affections cutanées	Oui		15.11.1979
Photothérapie sélective par ultraviolets	Oui	Sous la responsabilité et le contrôle d'un médecin.	11.12.1980
Embolisation des hémangiomes du visage (radiologie interventionnelle)	Oui	Ne doit pas être facturée plus que le traitement chirurgical (excision).	27.8.1987
Traitement au laser			
– naevus teleangiectaticus	Oui		1.1.1993
– condylomata acuminata	Oui		1.1.1993
– cicatrices de l'acné	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Thérapie climatique au bord de la Mer Morte	Non		1.1.1997/ 1.1.2001
Balnéo-photothérapie ambulatoire	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
<b>6 Ophtalmologie</b>			
Traitement orthoptique	Oui	Par le médecin lui-même ou sous sa surveillance directe.	27.3.1969



Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Potentiels évoqués visuels dans le cadre d'examens ophtalmolo- giques spéciaux	Oui		15.11.1979
Biométrie de l'œil aux ultrasons, avant l'opéra- tion de la cataracte	Oui		8.12.1983
Traitement au laser – rétinopathies diabétiques	Oui		1.1.1993
– lésions rétiniennes (y compris l'apoplexie de la ré- tine)	Oui		1.1.1993
– capsulotomie	Oui		1.1.1993
– trabéculotomie	Oui		1.1.1993
Traitement par excimer- laser pour corriger la myopie	Non		1.3.1995
Kératotomie radiaire pour corriger la myopie	Non		1.3.1995
Chirurgie réfractive pour le traitement de l'anisométrie	Oui	L'anisométrie ne peut pas être corri- gée par le port de lunettes et une intolé- rance aux lentilles de contact existe.	1.1.1997
Implantation de lentilles intraoculaires en vue de traiter la myopie	Non	En cours d'évaluation	1.1.2000
Recouverture de lésions cornéennes avec de la membrane amnios	Oui		1.1.2001
Thérapie photodynami- que de la dégénérescence maculaire avec Vertepor- fine	Oui	En cours d'évaluation Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. En présence de la forme essentiellement classique de la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Quatre traitements par an au maximum. Un registre d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une sta- tistique des coûts doit être tenu.	1.7.2002 jusqu'au 31.12.2005
Dilatation avec Lacri- Cath lors de sténose du canal lacrymal	Non	En cours d'évaluation	1.1.2003

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
<b>7 Oto-rhino-laryngologie</b>			
Traitement des troubles du langage	Oui	Pratiqué par le médecin lui-même ou sous sa direction et surveillance directes (voir aussi les art. 10 et 11 de l'OPAS).	23.3.1972
Aérosols soniques	Oui		7.3.1974
Traitement par oreille électronique selon la méthode Tomatis (appelée audio-psycho-phonologie)	Non		18.1.1979
Prothèse vocale	Oui	Implantation lors d'une laryngectomie totale ou après une laryngectomie totale. Le changement d'une prothèse vocale implantée est une prestation obligatoire.	1.3.1995
Traitement au laser			
– papillomatose des voies respiratoires	Oui		1.1.1993
– résection de la langue	Oui		1.1.1993
Implant cochléaire pour le traitement d'une surdité des deux oreilles sans utilisation possible des restes d'audition	Oui	En cours d'évaluation Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. Pour les enfants atteints de surdité pérlinguale ou postlinguale et pour les adultes atteints de surdité tardive. Dans les centres suivants: Hôpital cantonal universitaire de Genève, Hôpitaux universitaires de Bâle, Berne et Zurich, Hôpital cantonal de Lucerne; lorsque le centre tient un registre d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts. L'entraînement auditif dispensé dans le centre fait partie intégrante de la thérapie à prendre en charge.	1.4.1994/ 1.7.2002
Implantation d'un appareil auditif par ancrage osseux percutané	Oui	Indications: – Maladies et malformations de l'oreille moyenne et du conduit auditif externe qui ne peuvent être corrigées chirurgicalement – Seule alternative à une intervention chirurgicale à risque sur la seule oreille fonctionnelle – Intolérance aux appareils à transmission aérienne – Remplacement d'un appareil conventionnel à transmission osseuse, suite à l'apparition de troubles, à une tenue ou à une fonctionnalité insuffisantes.	1.1.1996

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Palatoplastie au laser	Non		1.1.1997
Lithotripsie de pytalolithes	Oui	En cours d'évaluation Dans un centre spécialisé qui tient un registre d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statisti- que des coûts.	1.1.1997 et jusqu'au 31.12.2003
<b>8 Psychiatrie</b>			
Traitement de toxicoma- nes			25.3.1971
– ambulatoire	Oui	Réductions de prestations admissibles en cas de faute grave de l'assuré	
– hospitalier	Oui		
Traitement de substitu- tion en cas de dépen- dance aux opiacés	Oui	1. Respect des dispositions, directives et recommandations suivantes: a. Concernant le traitement avec pres- cription de méthadone: rapport sur la méthadone «Utilisation d'un succé- dané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse» (troisième édition), 1995. b. Concernant le traitement avec pres- cription de buprénorphine: «Recom- mandation de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) à l'intention des autorités cantonales de la santé relatives à l'utilisation de la bupré- norphine (Subutex®) pour le traite- ment des personnes dépendantes des opiacés», janvier 2000. c. Concernant le traitement avec pres- cription d'héroïne: les dispositions de l'ordonnance du 8 mars 1999 sur la prescription médicale d'héroïne (RS 812.121.6) ainsi que les directi- ves et recommandations du manuel de l'OFSP «Traitement avec prescription d'héroïne; directives, recommanda- tions, informations», septembre 2000. 2. La substance ou la préparation utili- sées doivent figurer sur la liste des médicaments avec tarif (LMT) ou sur la liste des spécialités (LS) dans le groupe thérapeutique (IT) approuvé par l'OICM.	1.1.2001

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<p>3. Le traitement de substitution comprend les prestations suivantes:</p> <p>a. Prestations médicales:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Examen d'entrée, y compris anamnèse de la dépendance, status psychique et somatique avec une attention particulière aux troubles liés à la dépendance et à la base de la dépendance.</li><li>– Demandes d'informations supplémentaires (famille, partenaire, services de traitement précédents).</li><li>– Etablissement du diagnostic et de l'indication.</li><li>– Etablissement d'un plan thérapeutique.</li><li>– Procédure de demande d'autorisation et établissement de rapports à l'intention des assureurs.</li><li>– Initiation et mise en œuvre du traitement de substitution.</li><li>– Assurance de la qualité.</li><li>– Traitement des troubles liés à l'usage d'autres substances psychotropes.</li><li>– Evaluation du processus thérapeutique.</li><li>– Demandes de renseignements auprès de l'institution en charge de la remise des produits.</li><li>– Réexamen du diagnostic et de l'indication.</li><li>– Adaptation du traitement et correspondance qui en résulte avec les autorités.</li><li>– Etablissement de rapports à l'intention des autorités et des assureurs.</li><li>– Contrôle de la qualité.</li></ul> <p>b. Prestations du pharmacien:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Fabrication de solutions pérorales selon la LMT, y compris contrôle de la qualité.</li><li>– Remise surveillée de la substance ou de la préparation.</li><li>– Tenue de la comptabilité concernant les substances actives et établissement de rapports destinés aux autorités.</li></ul>	

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Etablissement de rapports à l'intention du médecin responsable.</li> <li>– Conseils.</li> </ul>	
		4. La prestation doit être fournie par l'institution compétente selon le ch. 1.	
		5. Une rémunération forfaitaire est convenue 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	En cours d'évaluation	1.1.1998
Sevrage des opiacés en traitement ambulatoire selon la méthode Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement (ESCAPE)	Non		1.1.1999
Psychothérapie de groupe	Oui	Selon les art. 2 et 3 de l'OPAS.	25.3.1971/ 1.1.1996
Thérapie de relaxation d'après 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 les enfants	Oui	Pratiquée par le médecin ou sous sa surveillance directe.	7.3.1974
Psychodrame	Oui	Selon les art. 2 et 3 de l'OPAS.	13.5.1976/ 1.1.1996
Contrôle de la thérapie par vidéo	Non		16.2.1978
Musicothérapie	Non		11.12.1980
<b>9 Radiologie</b>			
<i>9.1 Radiodiagnostic</i>			
Tomographie axiale computerisée (CT-scan)	Oui	Pas d'examen de routine (screening)	15.11.1979
Ostéodensitométrie			

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
– par absorptiométrie double énergie à rayons X (DEXA)	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>– En cas d'ostéoporose cliniquement manifeste et après une fracture lors d'un traumatisme inadéquat.</li> <li>– En cas de thérapie à long terme à la cortisone ou en cas d'hypogonadisme.</li> <li>– En cas de maladies du système digestif (syndrome de malabsorption, maladie de Crohn, colite ulcéreuse).</li> <li>– En cas d'hyperparathyroïdie primaire (lorsque l'indication d'opérer n'est pas claire).</li> <li>– En cas d'osteogenesis imperfecta.</li> </ul> <p>Les coûts engendrés par la DEXA ne sont pris en charge que pour l'application de cette mesure à une seule région du corps. Des examens ultérieurs à la DEXA sont uniquement pris en charge en cas de traitement médicamenteux de l'ostéoporose et, au maximum, tous les deux ans.</p>	1.3.1995  1.1.1999  1.1.1999  1.1.1999
– par scanner	Non		1.3.1995
Ostéodensitométrie au moyen de la CT péri-phérique quantitative (pQCT)	Non		1.1.2003
Ultrasonographie osseuse	Non		1.1.2003
Tests de laboratoire			
– Marqueurs de la résorption osseuse	Non		1.1.2003
– Marqueurs de la formation osseuse	Non		1.1.2003
<i>9.2 Autres procédés d'imagerie</i>			
Résonance magnétique nucléaire en tant que procédé d'imagerie (IRM)	Oui		1.1.1999
Tomographie par émission de positrons (TEP)	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Réalisation dans des centres qui remplissent les exigences de qualité selon les directives de la Société suisse de médecine nucléaire (SSMN) du 1<sup>er</sup> juin 2000.</li> <li>2. Pour les indications suivantes: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. En cardiologie:</li> </ol> </li> </ol>	1.1.2001 et jusqu'au 31.12.2005

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– En cas de suspicion de «hibernating myocardium» après infarctus documenté par scintigraphie, échographie ou coronarographie, pour confirmer ou exclure une ischémie avant une intervention (PTCA/CABG) pour maladie coronarienne documentée des trois vaisseaux, par exemple après pontage en cas d'anatomie complexe des coronaires.</li> <li>– Comme mesure préopératoire avant une transplantation cardiaque.</li> </ul>	
		<p>b. En oncologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Lymphome malin: staging; diagnostic de tumeurs résiduelles et de récidives.</li> <li>– Staging des carcinomes pulmonaires non à petites cellules et du mélanome malin.</li> <li>– Tumeur des cellules germinales chez l'homme: staging; diagnostic de tumeur résiduelle après thérapie.</li> <li>– Cancer colorectal: restaging en cas de suspicion fondée (p. ex., ascension des marqueurs tumoraux) de récurrence locale, de métastases ganglionnaires ou à distance; différenciation entre cicatrice et tumeur. Diagnostic de tumeur résiduelle après thérapie.</li> <li>– Cancer du sein: staging ganglionnaire; diagnostic de métastases à distance chez les patientes à risque élevé.</li> </ul>	
		<p>c. En neurologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Evaluation préopératoire de tumeurs cérébrales.</li> <li>– Evaluation préopératoire pour chirurgie de revascularisation complexe en cas d'ischémie cérébrale.</li> <li>– Evaluation de démences chez les patients âgés de moins de 70 ans.</li> <li>– Epilepsie focale résistante à la thérapie.</li> </ul>	

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Magnétoencéphalographie	Non	3. Les examens doivent être pratiqués dans le cadre de l'étude suisse sur l'effet (outcome) de la TEP sur le coût et le bénéfice dans la prise en charge des patients. En cours d'évaluation	1.7.2002
<i>9.3 Radiologie interventionnelle</i>			
Irradiation thérapeutique au moyen de pions	Non	En cours d'évaluation	1.1.1993
Irradiation thérapeutique au moyen de protons	Oui	– En cas de mélanomes intraoculaires	28.8.1986
Irradiation thérapeutique au moyen de protons	Oui	En cours d'évaluation Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. Indications: – tumeurs du crâne: chordomes, chondrosarcomes, tumeurs ORL (p.ex. carcinomes épidermoïdes, Adénocarcinomes, carcinomes adénocystiques, carcinomes mucoépidermoïdes, esthésioneuroblastomes, tumeurs rares telles que paragangliomes ou hémangiopéricitomes) – tumeurs du cerveau et des méninges (gliomes Low Grade du grade 1 ou 2; méningiomes), – tumeurs en dehors du crâne dans les régions de la colonne vertébrale, du tronc et des extrémités (sarcomes des tissus mous et de l'os). – tumeurs de l'enfant et des adolescents, lorsque la plus grande importance doit être attachée à la protection de l'organisme en croissance. Exécution dans un centre qualifié qui dispose de l'infrastructure nécessaire, notamment: – gantry – application moderne du faisceau (p.ex. spot-scanning, IMPT) – accélérateur de protons – dispositif de sécurité technique poussé – radioprotection, surveillance de la radioactivité – support technique – personnel spécialisé (médecins, physiciens, personnel non universitaire).	1.1.2002/ 1.7.2002 jusqu'au 31.12.2006



Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		Le centre doit disposer de l'autorisation de pratiquer de la part de l'OFSP et avoir une expérience du traitement au moyen de protons de plusieurs années. Conception d'évaluation uniforme fondée sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	
Radiochirurgie	Oui	Indications – neurinome du nerf acoustique – récurrence d'adénome hypophysaire ou de pharyngome crânien – adénome hypophysaire ou crânio-pharyngome non opérable de manière radicale – malformations artérioveineuses – méningeome	1.1.1996
	Non	En cours d'évaluation – en cas de troubles fonctionnels	1.1.1996
Radiochirurgie par LINAC	Oui	– métastases cérébrales d'un volume maximum de 25 ccm <sup>3</sup> ou d'un diamètre ne dépassant pas 3,5 cm, dans la mesure où il y a au maximum 3 métastases et lorsque la maladie primaire est sous contrôle (pas de métastases systémiques démontrables), lors de douleurs résistant à toute autre thérapie. – tumeurs malignes primaires d'un volume de maximum 25 ccm <sup>3</sup> ou ne dépassant pas un diamètre de 3,5 cm lorsque la localisation de la tumeur ne permet pas de l'opérer.	1.1.2003
Radiochirurgie par Gamma Knife	Non		1.4.2003
	Oui	En cours d'évaluation – métastases cérébrales d'un volume maximum de 25 ccm <sup>3</sup> ou d'un diamètre ne dépassant pas 3,5 cm, dans la mesure où il y a au maximum 3 métastases et lorsque la maladie primaire est sous contrôle (pas de métastases systémiques démontrables), lors de douleurs résistant à toute autre thérapie. Les fournisseurs de prestations doivent tenir un registre d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	1.1.1999 bis 31.3.2003

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		– tumeurs malignes primaires d'un volume de maximum 25 cm <sup>3</sup> ou ne dépassant pas un diamètre de 3,5 cm lorsque la localisation de la tumeur ne permet pas de l'opérer. Les fournisseurs de prestations doivent tenir un registre d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	
<b>10. Médecine complémentaire</b>			
Acupuncture	Oui	Pratiquée par des médecins dont la formation dans cette discipline est reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH)	1.7.1999
Médecine anthroposophique	Oui	En cours d'évaluation Pratiquée par des médecins dont la formation est reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH)	1.7.1999 jusqu'au 30.6.2005
Médecine chinoise	Oui	En cours d'évaluation Pratiquée par des médecins dont la formation dans cette discipline est reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH)	1.7.1999 jusqu'au 30.6.2005
Homéopathie	Oui	En cours d'évaluation Pratiquée par des médecins dont la formation dans cette discipline est reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH)	1.7.1999 jusqu'au 30.6.2005
Thérapie neurale	Oui	En cours d'évaluation Pratiquée par des médecins dont la formation dans cette discipline est reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH)	1.7.1999 jusqu'au 30.6.2005
Phytothérapie	Oui	En cours d'évaluation Pratiquée par des médecins dont la formation dans cette discipline est reconnue par la Fédération des médecins suisses (FMH)	1.7.1999 jusqu'au 30.6.2005
<b>11. Réadaptation</b>			
Réadaptation hospitalière	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	1.1.2003
Réadaptation des patients souffrant de maladies cardiovasculaires	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Patients ayant subi un infarctus du myocarde, avec ou sans PTCA</li> <li>– Patients ayant subi un pontage</li> <li>– Patients ayant subi d'autres interventions au niveau du cœur ou des grands vaisseaux</li> <li>– Patients-après PTCA, en particulier après une période d'inactivité et/ou présentant de multiples facteurs de risque</li> <li>– Patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique et présentant de multiples facteurs de risque réfractaires à la thérapie mais présentant une bonne espérance de vie</li> <li>– Patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique et d'une mauvaise fonction ventriculaire.</li> </ul>	
		<p>La thérapie peut être pratiquée ambulatoirement ou stationnairement dans une institution dirigée par un médecin. Le déroulement du programme, le personnel et l'infrastructure doivent correspondre aux indications formulées, en 1990, par le groupe de travail pour la réhabilitation cardiaque de la société suisse de cardiologie.</p>	
		<p>Un traitement hospitalier est plutôt indiqué lorsqu'existe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– un risque cardiaque élevé,</li> <li>– une fonction diminuée du myocarde,</li> <li>– une comorbidité (diabète sucré, COPD, etc.).</li> </ul>	
		<p>La durée du traitement ambulatoire est de deux à six mois: elle dépend de l'intensité du traitement requis.</p>	
		<p>La durée du traitement hospitalier est en règle générale de 4 semaines mais peut être, dans des cas peu compliqués, réduite à 2 ou 3 semaines.</p>	