

**Ordonnance du DFI
sur les prestations dans l'assurance obligatoire
des soins en cas de maladie
(Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS)**

Modification du 9 novembre 2005

*Le Département fédéral de l'intérieur
arrête:*

I

L'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins¹ est modifiée comme suit:

Art. 13, let. d

L'assurance prend en charge, en cas de maternité, les examens de contrôle suivants (art. 29, al. 2, let. a., LAMa²):

Mesure	Conditions
d. amniocentèse, prélèvement des villosités choriales	après un entretien approfondi qui doit être consigné pour: – les femmes âgées de plus de 35 ans – les femmes plus jeunes présentant un risque comparable analyses de laboratoire selon la liste des analyses (LA)

Art. 20, al. 3

Ne concerne que le texte allemand.

¹ RS 832.112.31
² RS 832.10

Section 4 Quote-part des médicaments

Art. 38a

¹ La quote-part s'élève à 20 % des coûts qui dépassent la franchise selon l'art. 105, al. 1^{bis}, OAMal³, pour:

- a. les préparations originales dont le générique figure dans la liste des spécialités;
- b. les préparations co-marketing au sens de l'art. 2, let. c, de l'ordonnance de l'Institut suisse des produits thérapeutiques du 9 novembre 2001⁴ sur l'auto-risation simplifiée et l'annonce obligatoire des médicaments (OASMéd) correspondant aux préparations originales selon la let. a.

² Lorsque le médecin ou le chiropraticien exige expressément, pour des raisons médicales, la remise de la préparation originale, l'al. 1 n'est pas applicable.

³ Le médecin ou le chiropraticien informe le patient de l'existence d'un générique figurant dans la liste des spécialités et pouvant remplacer la préparation originale.

Art. 40, al. 1 et 2

¹ Les établissements suivants sont reconnus comme écoles de chiropratique au sens de l'art. 44, al. 1, let. a, OAMal:

- a. Canadian Memorial Chiropractic College
1900 Bayview Avenue, Toronto, Ontario, M4G 3E6, Canada;
- b. Cleveland Chiropractic College
6401 Rockhill Road, Kansas City, Missouri 64131, USA;
- c. Logan College of Chiropractic
1851 Schoettler Road, Box 100, Chesterfield, Missouri 63017, USA;
- d. Los Angeles College of Chiropractic
16200 East Amber Valley Drive, P.O. Box 1166, Whittier, California 90609, USA;
- e. National College of Chiropractic
200 East Roosevelt Road, Lombard, Illinois 60148, USA;
- f. New York Chiropractic College
POB 167, Glen Head, New York 11545, USA;
- g. Northwestern College of Chiropractic
2501 West 84th Street, Bloomington, Minnesota 55431, USA;
- h. Palmer College of Chiropractic
1000 Brady Street, Davenport, Iowa 52803, USA;
- i. Palmer College of Chiropractic West
1095 Dunford Way, Sunnyvale, California 94087, USA;

³ RO 2005 5639

⁴ RS 812.212.23

- j. Texas Chiropractic College
5912 Spencer Highway, Pasadena, Texas 77505, USA;
- k. Western States Chiropractic College
2900 N.E. 132nd Avenue, Portland, Oregon 97230, USA.

² Les cantons peuvent reconnaître, dans certains cas, l'équivalence d'une école de chiropratique qui ne figure pas sur la liste de l'al. 1. Les cantons examinent l'école pour s'assurer qu'elle est équivalente aux établissements de l'al. 1.

II

¹ L'annexe 1 est remplacée par la version ci-jointe.

² L'annexe 2 «Liste des moyens et appareils»⁵ est applicable dans sa teneur du 1^{er} janvier 2006.

³ L'annexe 3 «Liste des analyses»⁶ est applicable dans sa teneur du 1^{er} janvier 2006.

III

La présente modification entre en vigueur le 1^{er} janvier 2006.

9 novembre 2005

Département fédéral de l'intérieur:
Pascal Couchepin

⁵ Non publiée au RO (art. 20)

⁶ Non publiée au RO (art. 28)

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

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

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

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
1 Chirurgie			
<i>1.1 Chirurgie générale</i>			
Mesures en cas d'opération du cœur	Oui	Sont inclus: Cathétérisme cardiaque; angiocardio- graphie, 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 pon- tage 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 peropéra- toire 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 amputation médicalement indiquée.	23.8.1984/ 1.3.1995
Autotransfusion	Oui		1.1.1991
Traitement chirurgical de l'adiposité (pontage gastrique par Roux-en-Y, anneau gastrique, gastro- plastie verticale)	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 (IMC) supérieur à 40. d. Un traitement amaigrissant approprié de deux ans est resté sans effet. e. Le patient souffre en outre d'une des maladies suivantes: hypertension arté- rielle mesurée à l'aide d'un brassard large; diabète sucré; syndrome d'apnée du sommeil; dyslipémie; affection dégénérative invalidante de l'appareil locomoteur; coronaropathie; stérilité avec hyper-androgénisme; ovaires polykystiques chez une patiente en âge de procréer.	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		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.	
		g. Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	
Traitement de l'adiposité par ballonnet intragastrique	Non		25.8.1988
Thérapie à radiofréquence pour le traitement des varices	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Traitement des varices par laser endoveineux	Non		1.1.2004
<i>1.2 Chirurgie de transplantation</i>			
Transplantation rénale isolée	Oui	Sont inclus les frais d'opération du donneur, y compris le traitement des complications éventuelles et une indemnité adéquate pour la perte de gain effective. La responsabilité de l'assureur du receveur en cas de décès éventuel du donneur est exclue.	25.3.1971 23.3.1972
Transplantation cardiaque isolée	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. Dans les centres suivants: Hôpital universitaire de Zurich, Hôpital cantonal universitaire de Genève en collaboration avec le Centre hospitalier universitaire vaudois, si les centres participent au registre de SwissTransplant.	1.1.2003
Transplantation cœur-poumon	Non		31.8.1989/ 1.4.1994
Transplantation isolée du foie	Oui	Exécution dans un centre qui dispose de l'infrastructure nécessaire et de l'expérience adéquate («fréquence minimale»: en moyenne dix transplantations de foie par année).	31.8.1989/ 1.3.1995

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Transplantation du foie d'un donneur vivant	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <p>Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.</p> <p>Réalisation dans les centres suivants: Hôpital universitaire de Zurich, Hôpital cantonal universitaire de Genève.</p> <p>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 décès éventuel du donneur est exclue.</p> <p>Les fournisseurs de prestations doivent tenir un registre d'évaluation uniformisé, incluant un rapport annuel établi à l'attention de l'OFSP (monitoring: nombre de cas, indication, déroulement pour le receveur/le donneur, coûts totaux pour le receveur et le donneur, calculés séparément).</p>	<p>1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2005/ 1.7.2005 jusqu'au 30.6.2008</p>
Transplantation simultanée du pancréas et du rein	Oui	<p>Aux centres suivants: Hôpital universitaire de Zurich, Hôpital cantonal universitaire de Genève, si le centre participe au registre de SwissTransplant.</p>	1.1.2003
Transplantation isolée du pancréas	Non	En cours d'évaluation	31.8.1989/ 1.4.1994 1.7.2002
Allotransplantation d'îlots de Langerhans	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Autotransplantation d'îlots de Langerhans	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
Greffe d'épiderme autologue de culture (kératinocytes)	Oui	<p>Adultes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – brûlures à 70 % ou plus de la surface corporelle totale; – brûlures profondes à 50 % ou plus de la surface corporelle totale. <p>Enfants:</p> <ul style="list-style-type: none"> – brûlures à 50 % ou plus de la surface corporelle totale; – brûlures profondes à 40 % ou plus de la surface corporelle totale. 	<p>1.1.1997/ 1.1.2001</p>

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	1.1.2001/ 1.7.2002/ 1.4.2003
Equivalent épidermique autologue issu d'une culture en deux étapes	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 le traitement des ulcères de jambe chroniques, récalcitrants veineux ou artério-veineux ne répondant pas favorablement à un traitement conservateur, c'est-à-dire pour lesquels une greffe de peau mince serait indiquée ou pour lesquels une greffe de peau aurait échoué. Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	1.1.2003/ 1.1.2004 jusqu'au 31.12.2006
<i>1.3 Orthopédie, traumatologie</i>			
Traitement des défauts de posture	Oui	Prestation obligatoire seulement pour les traitements de caractère nettement thérapeutique, c.-à-d. si des modifications de structure ou des malformations de la colonne vertébrale décelables à la radiographie sont devenues manifestes. Les mesures prophylactiques qui ont pour but d'empêcher d'imminentes modifications du squelette, telles que la gymnastique spéciale pour fortifier un dos faible, ne sont pas à la charge de l'assurance.	16.1.1969
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire d'un lubrifiant artificiel	Non		25.3.1971
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire de téflon ou de silicone en tant que «lubrifiant»	Non		12.5.1977
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	En cours d'évaluation	1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2002

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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
Greffes ostéocondrale en mosaïque pour couvrir des lésions du tissu osseux ou cartilagineux	Non		1.1.2002
Greffes autologues de chondrocytes	Non		1.1.2002/ 1.1.2004
Viscosupplémentation pour le traitement de la gonarthrose	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <p>Patients souffrant d'une gonarthrose douloureuse et dont la mobilité est limitée lorsque les traitements à base d'analgésiques ou de conservateurs sont inefficaces ou contre-indiqués.</p> <p>Le but du traitement à long terme est de repousser l'implantation d'une prothèse. Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Traitements pratiqués dans le cadre de l'étude randomisée suisse (SVISCOT) pour l'évaluation clinique et économique de la viscosupplémentation. – Une rémunération forfaitaire est convenue pour le traitement par viscosupplémentation dans le cadre de SVISCOT. 	1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2004 jusqu'au 31.12.2006
Cyphoplastie à ballonnet pour le traitement des fractures vertébrales	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – Fractures récentes, douloureuses, du corps vertébral qui ne répondent pas au traitement analgésique et qui montrent une déformation ayant besoin d'être corrigée. – Indications selon les lignes directrices du 23.9.2004 de la Société suisse de chirurgie spinale. <p>L'opération doit être exécutée par un chirurgien agréé par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie.</p> <p>Nouvel examen en 2007 sur la base de l'évaluation par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie.</p>	1.1.2004/ 1.1.2005 jusqu'au 31.12.2007

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Coussinets en gel dans le cas d'une prothèse totale du genou	Non		1.1.2006
Ménisectomie au laser	Non		1.1.2006
<i>1.4 Urologie et proctologie</i>			
Uroflowmétrie (mesure du flux urinaire par enregistrement 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 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
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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Traitement par micro-ondes transurétrales à haute énergie (HE-TUMT)	Non		1.1.2004
Electroneuromodulation 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	<p>En cours d'évaluation</p> <p>Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.</p> <p>Ne peut être effectuée que dans une institution reconnue, disposant d'une unité d'urodynamique capable de réaliser une évaluation dynamique complète et d'une unité de neuromodulation pour l'évaluation de la fonction des nerfs périphériques (test PNE). Après échec des traitements conservateurs (y compris la réadaptation). Après un test de stimulation (PNE) positif.</p> <p>Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.</p>	<p>1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005 jusqu'au 31.12.2004/ 31.12.2007</p>
Electroneuromodulation des racines sacrées à l'aide d'un système implanté pour le traitement de l'incontinence fécale	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <p>Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.</p> <p>Ne peut être effectuée que dans une institution reconnue, disposant d'une unité de manométrie anorectale capable de réaliser une évaluation manométrique complète et d'une unité de neuro-modulation pour l'évaluation de la fonction des nerfs périphériques (test PNE). Après échec des traitements conservateurs et / ou chirurgicaux (y compris la réadaptation). Après un test de stimulation (PNE) positif.</p> <p>Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.</p>	<p>1.1.2003 jusqu'au 31.12.2007</p>

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
2 Médecine interne			
<i>2.1 Médecine interne générale</i>			
Thérapie par injection d'ozone	Non		13.5.1976
Traitement par O ₂ hyperbare	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – lésions actiniques chroniques ou tardives; – ostéomyélite de la mâchoire; – ostéomyélite chronique; – maladie de la décompression lorsque la notion d'accident n'est pas satisfaite. 	1.4.1994 1.9.1988 1.1.2006
Cellulothérapie à cellules fraîches	Non		1.1.1976
Sérocyclothérapie	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'adiposité	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – 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'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
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: <ul style="list-style-type: none"> – le patient souffre d'un diabète extrêmement labile; – son affection ne peut pas être stabilisée de manière satisfaisante par la méthode des injections multiples; 	27.8.1987/ 1.1.2000

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		– le traitement au moyen de la pompe est indiqué 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.	
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
Greffe de cellules souches hématopoïétiques		Dans les centres qualifiés par l'organe de certification du STABMT (Groupe de travail de Swiss Transplant 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 disposer d'un système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	
– autologue	Oui	– Lymphomes – Leucémie lymphatique aiguë – Leucémie myéloïde aiguë.	1.1.1997
	Oui	Myélome multiple.	1.1.2002

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
– allogénique	Oui	En cours d'évaluation <ul style="list-style-type: none"> – syndrome myéloblastique – neuroblastome – médulloblastome – leucémie myéloïde chronique – cancer du sein – tumeur germinale – cancer de l'ovaire – sarcome d'Ewing – sarcome des tissus mous et tumeur de Wilms – rhabdomyosarcome – carcinome bronchique à petites cellules – tumeur solide rare de l'enfant 	1.1.2002 et jusqu'au 31.12.2006
	Non	<ul style="list-style-type: none"> – récurrence d'une leucémie myéloïde aiguë – récurrence d'une leucémie lymphatique aiguë – cancer du sein avec métastases osseuses étendues – maladies congénitales 	1.1.1997
	Non	En cours d'évaluation En cas de maladie auto-immune	1.1.2002
	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 (donneur génotypiquement HLA-identique) 	1.1.1997
	Oui	En cours d'évaluation <ul style="list-style-type: none"> – 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 du donneur sont également à la charge de l'assureur 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 décès du donneur est exclue.	1.1.1997
	Non	Tumeurs solides.	1.1.1997

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
	Non	En cours d'évaluation – 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
Polysomnographie Polygraphie	Oui	En cas de forte suspicion de: – 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 comporte- ments violents pendant le sommeil), lorsque le diagnostic est incertain et qu'une thérapie s'impose. Prescription et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives du 6 septembre 2001 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie.	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002
	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 En cas de forte suspicion de: – troubles de l'endormissement et du sommeil, lorsque le diagnostic initial est incertain et seulement lorsque le traitement au comportement ou médi- camenteux est sans succès; – troubles persistants du rythme cir- cadien, lorsque le diagnostic est in- certain.	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003
Polygraphie	Oui	Forte suspicion d'un 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 conforme aux directives du 6 septembre 2001 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie.	1.7.2002/ 1.1.2006
Dosage de la mélatonine sénique	Non		1.1.1997

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Test des latences multiples d'endormissement (Multiple sleep latency test)	Oui	Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives de 1999 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie.	1.1.2000
Test de maintien de l'éveil (Maintenance of wakefulness test)	Oui	Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives de 1999 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie.	1.1.2000
Actigraphie	Oui	Indication et exécution par des centres qualifiés conformément aux directives de 1999 de la Société suisse de recherche sur le sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie.	1.1.2000
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	En cours d'évaluation	1.7.2002
Traitement photodynamique au méthylester de l'acide aminolévulinique	Oui	Kératose actinique, carcinome basocellulaire, maladie de Bowen et carcinome spinocellulaire mince.	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 seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	1.1.2004/ 1.1.2006
<i>2.2 Maladies cardio-vasculaires, médecine intensive</i>			
Insufflation d'oxygène	Non		27.6.1968
Massage séquentiel péristaltique	Oui		27.3.1969/ 1.1.1996

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Enregistrement de l'ECG par télémétrie	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
Utilisation à ballonnet d'une pompe intra-aortique en cardiologie interventionnelle	Oui		1.1.1997
Revascularisation transmyocardique par laser	Non	En cours d'évaluation	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 ≥ 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
Curiethérapie endocoronarienne	Non	En cours d'évaluation	1.1.2003
Implantation de stents coronariens à libération de médicaments	Oui		1.1.2005

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
<i>2.3 Neurologie, y compris 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 implantation d'un système de neurostimulation	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
Electrostimulation des structures cérébrales profondes par implantation d'un système de neurostimulation	Oui	Traitement des douleurs chroniques graves: douleurs de désafférentation d'origine centrale (par ex. lésion cérébrale ou intrarachidienne, lacération intradurale du nerf), lorsqu'il existe une indication stricte et qu'un test a été effectué au moyen d'une électrode percutanée. Le remplacement du générateur d'impulsions est une prestation obligatoire.	1.3.1995
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 sub-thalamique)	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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Opération stéréotactique (ablation par radiofréquence et stimulation chronique du thalamus) en vue de traiter le tremblement non parkinsonien, chronique et réfractaire aux traitements non chirurgicaux	Oui	Diagnostic établi d'un tremblement non parkinsonien, progression des symptômes sur un minimum de deux ans, contrôle insuffisant des symptômes par le traitement médicamenteux. Examens et opérations dans des centres spécialisés qui disposent des infrastructures nécessaires (neurochirurgie fonctionnelle, neurologie, électrophysiologie neurologique, neuroradiologie).	1.7.2002
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"> - 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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
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

Mesure	Obligatoirement à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Potentiels évoqués moteurs dans le cadre d'exams 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 électro-neuromyographie 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, TEP, etc.), d'un service de neuro-psychologie, du savoir-faire chirurgical et thérapeutique et de possibilités de suivi du traitement. 	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/ 1.1.2005
<ul style="list-style-type: none"> – commissurotomie – amygdalo-hippocampectomie sélective 		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.	
<ul style="list-style-type: none"> – opération sous-apiale multiple (selon Morell-Whisler) – stimulation du nerf vague 		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 et de possibilités de suivi du traitement. Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	
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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Dénervation par radio- fréquence d'articulation facettaire	Non		1.1.2004/ 1.1.2005
Spondylodèse par cage intersomatique ou greffe osseuse	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spé- ciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. – Instabilité de la colonne vertébrale avec hernie discale, récurrence de hernie discale ou sténose chez des patients présentant un syndrome vertébral ou radiculaire invalidant, résistant au traitement conservateur, causé par une pathologie dégénérative de la colonne vertébrale avec instabilité, clinique- ment et radiologiquement vérifiées. – Après échec d'une spondylodèse postérieure avec système de vis pédi- culaires.	1.1.1999/ 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004
Prothèse de disque	Oui	Dégénérescence symptomatique des dis- ques intervertébraux de la colonne verté- brale cervicale et lombaire. Echec d'une thérapie conservatrice de 3 mois (colonne vertébrale cervicale) ou de 6 mois (colonne vertébrale lom- baire) – exception faite des patients pré- sentant une dégénérescence symptomati- que des disques intervertébraux de la colonne vertébrale cervicale et lombaire, et souffrant également, dans des condi- tions thérapeutiques stationnaires, de douleurs incontrôlables, ou chez lesquels des pertes neurologiques progressives apparaissent malgré une thérapie conser- vatrice. – Dégénérescence de 2 segments maxi- mum – Dégénérescence minimale des seg- ments contigus – Absence d'arthrose primaire des arti- culations vertébrales (colonne verté- brale lombaire) – Absence de cyphose segmentaire pri- maire (colonne vertébrale cervicale) – Prise en compte de toutes les contre- indications générales L'opération doit être exécutée par un chirurgien agréé par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et de la Société suisse de neurochirurgie.	1.1.2004/ 1.1.2005 jusqu'au 31.12.2007

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		Nouvel examen en 2007 sur la base de l'évaluation par la Société suisse de chirurgie spinale, la Société suisse d'orthopédie et la Société suisse de neurochirurgie.	
<i>2.4 Médecine physique, rhumatologie</i>			
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire d'un lubrifiant artificiel	Non		25.3.1971
Traitement de l'arthrose par injection intra-articulaire de téflon ou de silicone en tant que «lubrifiant»	Non		12.5.1977
Synoviorthèse	Oui		12.5.1977
Thérapie par laser froid	Non		1.1.2001
<i>2.5 Oncologie</i>			
Traitement du cancer par pompe à perfusion (chimiothérapie)	Oui		27.8.1987
Traitement par laser pour chirurgie palliative à minima	Oui		1.1.1993
Perfusion isolée des membres en hyperthermie et au moyen du facteur de nécrose tumorale (TNF)	Oui	Mélanome malin atteignant exclusivement un membre. Sarcome des tissus mous atteignant exclusivement un membre. Dans un centre spécialisé ayant l'expérience du traitement interdisciplinaire des mélanomes et des sarcomes étendus des membres par cette méthode. Le traitement est effectué par une équipe composée de médecins spécialisés en chirurgie oncologique, en chirurgie vasculaire, en orthopédie, en anesthésie et en médecine intensive. Le traitement doit être effectué en salle d'opération, sous anesthésie générale et sous monitoring continu par sonde de Swan-Ganz.	1.1.1997/ 1.1.2001
	Non	Mélanome ou sarcome: – envahissant la racine du membre; – accompagné de métastases viscérales.	1.1.2001
Photo-chimiothérapie extracorporelle	Oui	Réticulomatoses cutanées (syndrome de Sézary)	1.1.1997

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Curiethérapie à l'aide de grains d'iode-125 pour le traitement du carcinome localisé de la prostate	Oui	<p>En cours d'évaluation</p> <p>Carcinome de la prostate avec risque de récurrence faible ou moyen</p> <ul style="list-style-type: none"> – espérance de vie > 5 ans – volume de la prostate < 60 ccm – pas d'obstruction vésicale sévère. <p>Centre qualifié offrant une collaboration interdisciplinaire étroite entre urologues, radio-oncologues et médecins.</p> <p>Surveillance radiologique:</p> <ul style="list-style-type: none"> – personnel spécialement formé – autorisation de l'OFSP concernant l'utilisation d'iode-125 sous forme de source non scellée. <p>Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.</p>	1.7.2002/ 1.1.2005 jusqu'au 31.12.2008
3 Gynécologie, obstétrique			
Echographie	Oui	L'art. 13, let. b, OPAS est réservé pour les contrôles par échographie durant la grossesse.	23.3.1972/ 1.1.1997
Insémination artificielle	Oui	Insémination intra-utérine. Au maximum trois cycles de traitement par grossesse.	1.1.2001
Fécondation in vitro en vue de déterminer une éventuelle stérilité	Non		1.4.1994
Fécondation in vitro et transfert d'embryon (FIVETE)	Non		28.8.1986/ 1.4.1994
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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
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
Embolisation de fibrome de l'utérus	Non		1.1.2004/ 1.1.2005
Frottis de Papanicolaou 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)	Oui		1.4.2003/ 1.7.2005
Détection du papillomavirus humain (HPV) pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (art. 12, let. c, OPAS)	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
Interventions mammaires mini-invasives sous guidage radiologique ou échographique (par. ex. biopsie au pistolet, Mammotome, ABBI, Siteselect)	Oui	En cours d'évaluation Selon les directives du 2 novembre 2001 de la Société Suisse de Sénologie. Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.	1.7.2002 jusqu'au 31.12.2007
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 (AUG), mise à jour de l'avis d'expert du 27.7.2004 «Évaluation du TVT (Tension-free vaginal tape) pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort féminine». – L'implant Reemex® n'est pas pris en charge.	1.1.2004/ 1.1.2005

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
4 Pédiatrie, psychiatrie de l'enfant			
Thérapie par le jeu et la peinture chez l'enfant	Oui	Pratiquée par le médecin ou sous sa surveillance directe.	7.3.1974
Traitement de l'énurésie par appareil avertisseur	Oui	Dès l'âge de 5 ans	1.1.1993
Electrostimulation de la vessie	Oui	En cas de problèmes organiques de la miction.	16.2.1978
Gymnastique de groupe pour enfants obèses	Non		18.1.1979
Monitoring de la respiration; monitoring de la respiration et de la fréquence cardiaque	Oui	Chez les nourrissons à risque, sur prescription d'un médecin pratiquant dans un centre régional de diagnostic de la mort subite du nourrisson (SIDS).	25.8.1988/ 1.1.1996
Echographie selon la méthode de Graf de la hanche des nouveaux-nés	Oui	Entre 0 et 6 semaines, examen effectué par un médecin spécialement formé à cette méthode.	1.7.2004
Thérapie stationnaire loin du domicile lors d'adiposité sévère	Non		1.1.2005
5 Dermatologie			
Traitement des affections cutanées par la lumière noire (PUVA-thérapie)	Oui		15.11.1979
Photothérapie sélective par ultraviolets	Oui	Sous la responsabilité et le contrôle d'un médecin.	11.12.1980
Embolisation des hémangiomes du visage (radiologie interventionnelle)	Oui	Ne doit pas être facturée plus cher que le traitement chirurgical (excision).	27.8.1987
Traitement au laser de:			
– nævus télangiectasique	Oui		1.1.1993
– condylome acuminé	Oui		1.1.1993
– cicatrices d'acné	Non	En cours d'évaluation	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	En cours d'évaluation	1.7.2002

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
6 Ophthalmologie			
Traitement orthoptique	Oui	Par le médecin lui-même ou sous sa surveillance directe.	27.3.1969
Potentiels évoqués visuels dans le cadre d'examen 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 rétinienne (y compris ischémie rétinienne)	Oui		1.1.1993
– capsulotomie	Oui		1.1.1993
– trabéculotomie	Oui		1.1.1993
Correction de l'anisométrie par chirurgie réfractive	Oui	Prestation obligatoire seulement s'il existe une anisométrie supérieure à 3 dioptries non corrigeable par des lunettes et une intolérance durable aux lentilles de contact; pour la correction d'un œil pour obtenir des valeurs corrigeables par des lunettes.	1.1.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2005
Correction réfractive par implantation de lentille intraoculaire	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	1.1.2000/ 1.1.2005
Greffe de membrane amniotique pour recouvrir des lésions cornéennes	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	1.1.2001

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Thérapie photo- dynamique 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 cours d'évaluation – Autres formes de la dégénérescence maculaire liée à l'âge – Myopie pathologique Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une sta- tistique des coûts.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006 jusqu'au 31.12.2008
Dilatation par Lacri-Cath en cas de sténose du canal lacrymal	Non		1.1.2003/ 1.1.2005
Dilatation par ballonnet en cas de sténose du canal lacrymal	Oui	– avec ou sans implantation d'un stent – radiologies interventionnelles effec- tuées par des personnes possédant l'expérience correspondante	1.1.2006 jusqu'au 31.12.2006
Ophthalmoscopie laser à balayage	Oui	– contrôle du traitement d'un glaucome difficile à traiter, pour l'évaluation avant une intervention chirurgicale – évaluation avant une intervention sur la rétine Examen dans le centre où doit être réalisée l'intervention.	1.1.2004
7 Oto-rhino-laryngologie			
Traitement des troubles du langage	Oui	Pratiqué par le médecin lui-même ou sous sa direction et sa surveillance directes (voir aussi les art. 10 et 11 OPAS).	23.3.1972
Aérosols soniques	Oui		7.3.1974
Traitement par oreille électronique selon la méthode Tomatis (audio- psycho-phonologie)	Non		18.1.1979
Prothèse vocale	Oui	Implantation pendant ou après une laryngectomie totale. Le remplacement d'une prothèse vocale implantée est une prestation obligatoire.	1.3.1995
Traitement au laser de: – papillomatose des voies respiratoires	Oui		1.1.1993
– résection de la langue	Oui		1.1.1993

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Implant cochléaire pour le traitement d'une surdité bilatérale sans utilisation possible des restes d'audition	Oui	Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. Pour les enfants atteints de surdité péri-linguale ou postlinguale et pour les adultes atteints de surdité tardive. Dans les centres suivants: hôpital cantonal universitaire de Genève, hôpitaux universitaires de Bâle, de Berne et de Zurich, hôpital cantonal de Lucerne. L'entraînement auditif dispensé dans le centre fait partie intégrante de la thérapie à prendre en charge.	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004
Implantation d'un appareil auditif par ancrage osseux percutané	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – 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
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 audiolologiques, 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

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
8 Psychiatrie			
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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respect des dispositions, directives et recommandations suivantes: <ol style="list-style-type: none"> a. concernant le traitement avec prescription de méthadone: rapport sur la méthadone «Utilisation d'un succédané opiacé dans le traitement des héroïnomanes en Suisse» (troisième édition), 1995; b. concernant le traitement avec prescription de buprénorphine: «Recommandation de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) à l'intention des autorités cantonales de la santé relatives à l'utilisation de la buprénorphine (Subutex®) pour le traitement des personnes dépendantes des opiacés», janvier 2000; c. concernant le traitement avec prescription d'héroïne: les dispositions de l'ordonnance du 8 mars 1999 sur la prescription médicale d'héroïne (RS 812.121.6) et les directives et recommandations du manuel de l'OFSP «Traitement avec prescription d'héroïne; directives, recommandations, informations», septembre 2000. 2. La substance ou la préparation utilisées doivent figurer sur la liste des médicaments avec tarif (LMT) ou sur la liste des spécialités (LS) dans le groupe thérapeutique (IT) approuvé par Swissmédic. 3. Le traitement de substitution comprend les prestations suivantes: <ol style="list-style-type: none"> a. prestations médicales: <ul style="list-style-type: none"> – 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; 	1.1.2001

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> – 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; – 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 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; – conseils. <p>4. La prestation doit être fournie par l'institution compétente selon le ch. 1.</p> <p>5. Une rémunération forfaitaire est convenue pour le traitement de substitution.</p>	
Sevrage des opiacés ultra-court (SOUC) sous sédation profonde	Non		1.1.2001

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

9 Radiologie

9.1 Radiodiagnostic

Tomographie axiale computerisée (CT-scan)	Oui	Pas d'examen de routine (screening).	15.11.1979
Ostéodensitométrie			
– par absorptiométrie double énergie à rayons X (DEXA)	Oui	– Ostéoporose cliniquement manifeste et après une fracture provoquée par un traumatisme minime. – Corticothérapie de longue durée ou hypogonadisme. – Maladies du système digestif (syndrome de malabsorption, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique). – Hyperparathyroïdie primaire (lorsque l'indication chirurgicale n'est pas nette). – Ostéogenèse imparfaite.	1.3.1995 1.1.1999
		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 par la DEXA sont uniquement pris en charge en cas de traitement médicamenteux de l'ostéoporose et au maximum tous les deux ans.	1.3.1995
– par scanner total du corps	Non		1.3.1995

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Ostéodensitométrie par CT périphérique quantitative (pQCT)	Non		1.1.2003/ 1.1.2006
Echographie osseuse	Non		1.1.2003
Méthodes analytiques applicables au tissu osseux:			
– marqueurs de la résorption osseuse	Non		1.1.2003
– marqueurs de la formation osseuse	Non		1.1.2003
<i>9.2 Autres procédés d'imagerie</i>			
Résonance magnétique nucléaire (IRM)	Oui		1.1.1999
Tomographie par émission de positrons (TEP)	Oui	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réalisation dans des centres qui remplissent les exigences de qualité selon les directives du 1^{er} juin 2000 de la Société suisse de médecine nucléaire (SSMN). 2. Pour les indications suivantes: <ol style="list-style-type: none"> a. en cardiologie: <ul style="list-style-type: none"> – en cas de statut documenté après infarctus et suspicion d'«hibernation myocardique» avant une intervention (PTCA/CABG); – pour confirmer ou exclure une ischémie en cas de maladie de plusieurs vaisseaux documentée par angiographie ou d'anatomie complexe des coronaires, par ex. après une revascularisation ou en cas de suspicion de troubles de la microcirculation; – comme mesure préopératoire avant une transplantation cardiaque; b. en oncologie: <ul style="list-style-type: none"> – lymphome malin: staging; diagnostic de tumeurs résiduelles et de récidives; – carcinome pulmonaire non à petites cellules et mélanome malin: staging; – tumeur des cellules germinales chez l'homme: staging; diagnostic de tumeur résiduelle après thérapie; 	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006 jusqu'au 30.6.2006

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
		<ul style="list-style-type: none"> – cancer colorectal: restaging en cas de suspicion fondée (par ex., augmentation des marqueurs tumoraux) de récurrence locale, de métastases ganglionnaires ou à distance; diagnostic différentiel entre cicatrice et tumeur; diagnostic de tumeur résiduelle après thérapie; – cancer du sein: staging ganglionnaire; diagnostic de métastases à distance chez les patientes à risque élevé; – tumeurs de la sphère oesophagienne: staging; diagnostic de tumeurs résiduelles et de récurrences; – tumeurs de la sphère ORL: staging; diagnostic de tumeurs résiduelles et de récurrences; <p>c. en neurologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – évaluation préopératoire d'une tumeur cérébrale; – évaluation préopératoire pour chirurgie de revascularisation complexe en cas d'ischémie cérébrale; – évaluation d'une démence chez les patients de moins de 80 ans; – épilepsie focale résistante à la thérapie. <p>3. Répétition d'un examen TEP après 60 jours au plus tôt.</p> <p>4. Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.</p>	
Magnéto- encéphalographie	Non	En cours d'évaluation	1.7.2002
<i>9.3 Radiologie interventionnelle</i>			
Irradiation thérapeutique par faisceau de pions	Non	En cours d'évaluation	1.1.1993
Irradiation thérapeutique par faisceau de protons	Oui	Mélanomes intraoculaires	28.8.1986
Irradiation thérapeutique par faisceau de protons	Oui	En cours d'évaluation Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spé- ciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.	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
		<p>Indications:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tumeurs du crâne: chordome, chondrosarcome, tumeur ORL (par ex. carcinome épidermoïde, adénocarcinome, carcinome adénoïde kystique, carcinome mucoépidermoïde, esthésioneuroblastome, tumeurs rares telles que paragangliome ou hémangiopéricytome); - 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, lorsque la plus grande importance doit être attachée à la protection de l'organisme en croissance. <p>Exécution dans un centre qualifié qui dispose de l'infrastructure nécessaire, notamment:</p> <ul style="list-style-type: none"> - portique - application moderne du faisceau (par ex. spot-scanning, IMPT) - accélérateur de protons - dispositif de sécurité technique poussé - radioprotection, surveillance de la radioactivité avec support technique - personnel spécialisé (médecins, physiciens, personnel non universitaire). <p>Le centre doit disposer de l'autorisation de pratiquer accordée par l'OFSP et avoir une expérience de plusieurs années en protonthérapie.</p> <p>Système d'évaluation uniforme fondé sur des données quantitatives et une statistique des coûts.</p>	
Radiochirurgie (LINAC, couteau gamma)	Oui	<p>Indications:</p> <ul style="list-style-type: none"> - neurinome du nerf acoustique - récidence d'adénome hypophysaire ou de crânio-pharyngiome - adénome hypophysaire ou crânio-pharyngiome, si l'ablation chirurgicale est impossible - malformation artérioveineuse - méningiome 	1.1.1996
	Non	<p>En cours d'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles fonctionnels 	1.1.1996

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
Radiochirurgie par LINAC	Oui	<ul style="list-style-type: none"> – métastases cérébrales d'un volume maximum de 25 cm³ 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 cm³ ou ne dépassant pas un diamètre de 3,5 cm, lorsque la localisation de la tumeur ne permet pas de l'opérer. 	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.1.2003
Radiochirurgie par couteau gamma	Non	<ul style="list-style-type: none"> – métastases cérébrales d'un volume maximum de 25 cm³ 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 cm³ ou ne dépassant pas un diamètre de 3,5 cm, lorsque la localisation de la tumeur ne permet pas de l'opérer. 	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.4.2003
10. Médecine complémentaire			
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	Non		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Médecine chinoise	Non		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Homéopathie	Non		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Thérapie neurale	Non		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Phytothérapie	Non		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005

Mesure	Obligatoire- ment à la charge de l'assurance	Conditions	Décision valable à partir du
11. Réadaptation			
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 cardio-vasculaires	Oui	<p>Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.</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 et/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 – Patients souffrant d'une maladie cardiaque chronique et d'une mauvaise fonction ventriculaire. <p>La thérapie peut être pratiquée en ambulatoire ou en hôpital 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 indiqué lorsqu'il existe:</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 deux à six 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 peu compliqués, réduite à 2 ou 3 semaines.</p>	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
Réadaptation pulmonaire	Oui	<p>Programmes pour patients souffrant de maladies pulmonaires chroniques graves. La thérapie peut être pratiquée en ambulatoire ou dans une institution dirigée par un médecin. Le déroulement du programme, le personnel et l'infrastructure doivent correspondre aux indications formulées en 2003 par la Commission de réadaptation pulmonaire de la Société suisse de pneumologie. Le directeur du programme doit avoir obtenu un certificat de la Commission de réadaptation pulmonaire de la Société suisse de pneumologie.</p> <p>Prise en charge une fois par an au maximum.</p> <p>Prise en charge seulement si l'assureur a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.</p>	1.1.2005
