

Modifications par rapport à la Version 1.57 / Release 15.02.2014:Nouvelles décisions:

- Numéro 15005 : Règle d'arrondi

Numéro 03033 Facturation des suppléments d'urgence pour les examens par imagerie

Valable à partir du 02.02.2004

Domaine de validité 00.08

Décision Il est également possible de facturer des suppléments d'urgence pour les examens par imagerie et ce, lorsque les critères de l'urgence définis dans l'interprétation médicale sont applicables. Exemples de cas d'urgence typiques en institut de radiologie:

- soupçon de fractures multifragmentaires étendues
- hémorragie cérébrale
- rupture d'organe
- examen par imagerie de situations mettant la vie en danger et exigeant des soins immédiats.

Numéro 05028 Bandage oculaire suite à une opération de la cataracte

Valable à partir du 14.07.2005

Domaine de validité 01.0310, 08.2760

Décision Conformément à l'interprétation IC-01-6, les pansements appliqués immédiatement après une intervention sont compris dans les positions tarifaires correspondantes, à l'exception du taping (01.02), des bandages durcissants (01.03) ou des pansements et bandages spéciaux (01.03). Dans la présente demande, il s'agit d'évaluer un bandage posé suite à une opération de la cataracte ou vitrectomie (coque protectrice et tampons). Il ne s'agit pas d'un bandage spécial au sens de la position tarifaire 01.0310. Par conséquent, ce bandage est inclus dans la position tarifaire de l'opération correspondante et ne peut pas être facturé séparément.

Numéro 05041	Plastie cutanée facturable en tant qu'intervention complémentaire
Valable à partir du	10.11.2005
Domaine de validité	IG-23
Décision	<p>Conformément à l'interprétation IG-23, la fermeture chirurgicale ordinaire d'une plaie fait partie du contenu intégral de la prestation d'une position tarifaire. Cela vaut pour les fermetures de plaies au sens suivant: Lors d'une fermeture chirurgicale ordinaire, la plaie une fois ouverte est ensuite refermée par suture sans incision cutanée supplémentaire (plastie par lambeau, etc).</p>

Numéro 05048 Non admissibilité d'une double facturation du temps consacré effectif et facturation maximale des prestations facturées au temps**Valable à partir du** 04.01.2006**Domaine de validité** Ensemble du tarif
Toutes les positions appliquant la systématique du tarif au temps (p.ex. 00.0010ff, 00.0610, 00.1530, 36.0010)**Définitions:** *Positions appliquant la systématique du tarif au temps (prestations facturées au temps)*

Selon ce système, c'est le temps effectivement consacré par le médecin à la fourniture de la prestation qui est facturé. Le libellé de ces positions tarifaires contient une indication du type «première période de x minutes»/«par période de x minutes»/«par période supplémentaire de x minutes». Exemples: 00.0010, 00.1510, 02.0010, 35.0210, etc.

Positions appliquant la systématique du tarif à la prestation (prestations facturées à l'acte):

Selon ce système, le temps effectivement consacré par le médecin à la fourniture de la prestation ne joue pas de rôle. La durée mentionnée dans la description de la position est une valeur moyenne. Exemples: 00.0410, 01.0210, 05.0100, 17.0010, etc.

Décision: *a) Situation envisagée: diverses prestations facturées au temps sont fournies lors d'une séance:*

Le nombre total de minutes des positions facturées ne peut dépasser le temps effectivement consacré à fournir ces prestations que du solde de la dernière unité de temps entamée des positions facturées. La phrase: «Les unités de temps entamées sont considérées comme des unités entières» figurant dans l'interprétation IG-13 s'applique donc à la somme des positions facturées et non à chacune des positions en particulier, telles que les positions 00.0010ss. ou 00.1510 par exemple.

b) Situation envisagée: des prestations facturées au temps ainsi que des prestations facturées à l'acte sont fournies lors d'une séance:

Le temps effectivement consacré à fournir des prestations facturées à l'acte ne peut pas être facturé une deuxième fois au moyen de positions relevant du tarif au temps. Une telle facturation à double n'est pas admise.

c) Situation envisagée: des prestations facturées au temps ainsi que des prestations facturées à l'acte sont fournies lors d'une séance:

Le temps effectivement consacré à fournir des prestations facturées au temps peut être facturé sans tenir compte du fait que le temps effectivement consacré à fournir des prestations facturées à l'acte soit inférieur ou supérieur à la durée moyenne mentionnée dans la description des positions correspondantes.

Exemples: *a) Le médecin fournit les prestations suivantes facturées au temps: consultation 7 min, consultation en matière d'assistance sociale 6 min et consultation psychothérapeutique 6 min.**Temps effectivement consacré au total: 19 min.**Décompte erroné: 1 x 00.0010, 1 x 00.0030, 2 x 00.0510, 2 x 00.0520*

Décompte correct: 1 x 00.0010, 1 x 00.0030, 1 x 00.0510, 1 x 00.0520

b) *Le médecin fournit les prestations suivantes facturées respectivement au temps et à l'acte:*

Consultation 17 min et petit examen 12 min.

Temps effectivement consacré au total: 29 min.

Décompte erroné: 1 x 00.0010, 4 x 00.0020, 1 x 00.0030, 1 x 00.0410

Décompte correct: 1 x 00.0010, 2 x 00.0020, 1 x 00.0030, 1 x 00.0410

c) *Le médecin fournit les prestations suivantes facturées respectivement au temps et à l'acte:*

Consultation 13 min, examen rhumatologique complet 21 min.

Temps effectivement consacré au total: 34 min.

Décompte erroné: 1 x 00.0010, 1 x 00.0030, 1 x 00.0440

Calcul du décompte erroné: 34 min moins 25 au lieu de 21 min (minutage 00.0440) = 9 au lieu de 13 min = temps de consultation

Décompte correct: 1 x 00.0010, 1 x 00.0020, 1 x 00.0030, 1 x 00.0440

Numéro 05051-B Facturation des prestations médicales selon le TARMED en combinaison avec des prestations de médecine dentaire et/ou de chirurgie maxillo-faciale selon le tarif SSO

Valable à partir du 15.11.2006

Domaine de validité 07.02, 07.03, 07.04, 07.05, 07.07, 07.08, 07.09, 07.10, 07.11, 07.12, 11.02.01, 11.02.02, 11.02.03, 35.01, 35.03
11.0710-11.0820, 28.0010-28.0160
positions tarifaires SSO

Cette décision CPI remplace la décision CPI I-05051

Les changements envers la décision CPI I-05051 concernent le passage A, point 2, 4e alinéa et le passage B, point 4, 4e alinéa :le terme "durée effective de l'anesthésie " est radié.

Principe de base:

La réglementation transitoire n'est applicable que si

- les prestations SSO sont fournies sous anesthésie en salle d'opération, ou que
- les prestations SSO sont fournies en combinaison avec des prestations TARMED sous anesthésie en salle d'opération.

Si la facturation ne concerne que des prestations TARMED, seules les dispositions dudit tarif sont applicables.

A. Facturation de prestations SSO sous anesthésie en salle d'opération

1. Les prestations de médecine dentaire sont facturées selon les positions du tarif SSO.
2. Les prestations d'anesthésie sont facturées selon les positions tarifaires du TARMED et en fonction des classes de risque mentionnées en annexe:

Si plusieurs prestations comportant diverses classes de risque anesthésique sont fournies au cours d'une même opération, c'est la classe de risque de la prestation présentant la classe de risque anesthésique la plus élevée qui est applicable pour les positions «prise en charge périopératoire», «induction et réveil» ainsi qu'«activité du médecin anesthésiste pendant l'intervention».

En principe, la classe de risque anesthésique III est applicable pour les interventions sur des enfants de moins de deux ans.

Pour le temps d'anesthésie facturable durant l'intervention (28.0140, 28.0150), c'est la durée incision-suture conformément au protocole d'anesthésie qui compte. Le protocole d'anesthésie doit être remis immédiatement et gratuitement au répondant des frais avec mention du numéro de la facture, sans que ce dernier en fasse la demande.

3. Le matériel à usage courant et les anesthésiques utilisés pour les prestations d'anesthésie sont facturables en plus selon les interprétations IG-20 et IC-28-3.
4. L'assistance médicale est facturée selon les chiffres 4980 ou 4981 du tarif SSO.
5. L'indemnisation pour l'utilisation de la salle d'opération se fait selon le chiffre 4983 du tarif SSO.

6. L'indemnisation du lit et de la surveillance a lieu selon les chiffres 4985 et 4986 du tarif SSO.
7. Pour la facturation du matériel à usage courant, les dispositions du tarif SSO, chiffre 4983, sont applicables.

B Facturation de prestations SSO en combinaison avec des prestations TARMED sous anesthésie en salle d'opération

1. Les prestations de médecine dentaire sont facturées selon les positions du tarif SSO.
2. Les prestations TARMED sont facturées selon les positions tarifaires du TARMED.
3. Lorsque des prestations ou des prestations partielles figurent simultanément dans le tarif de la SSO et dans le TARMED, il convient de choisir la variante la plus économique.
4. Les prestations d'anesthésie sont facturées selon les positions tarifaires du TARMED, et ce en fonction des classes de risque correspondantes mentionnées en annexe (pour les prestations SSO) et dans le TARMED (pour les prestations TARMED):

Si plusieurs prestations comportant diverses classes de risque anesthésique sont fournies au cours d'une même opération, c'est la classe de risque de la prestation présentant la classe de risque anesthésique la plus élevée qui est applicable pour les positions «prise en charge périopératoire», «induction et réveil» ainsi qu'«activité du médecin anesthésiste pendant l'intervention».

En principe, la classe de risque anesthésique III est applicable pour les interventions sur des enfants de moins de deux ans.

Pour le temps d'anesthésie facturable durant l'intervention (28.0140, 28.0150), c'est la durée incision-suture conformément au protocole d'anesthésie qui compte. Le protocole d'anesthésie doit être remis immédiatement et gratuitement au répondant des frais avec mention du numéro de la facture sans que ce dernier en fasse la demande.

5. Le matériel à usage courant et les anesthésiques utilisés pour les prestations d'anesthésie sont facturables en plus selon les interprétations IG-20 et IC-28-3.
6. La prise en charge non médicale est facturée selon les positions tarifaires du chapitre 35.03 du TARMED.
7. Dans les positions tarifaires TARMED, l'assistance médicale fait partie intégrante des prestations concernées et est indemnisée par le biais de celles-ci. L'assistance médicale pour les prestations dentaires du tarif SSO est indemnisée au moyen des chiffres 4980 ou 4981 du tarif SSO.
8. L'indemnisation pour l'utilisation de la salle d'opération se fait selon le chiffre 4983 du tarif SSO. La prestation de base technique «salle d'opération» du TARMED (chapitre 35.01) peut-être facturée en plus, tout en tenant compte de la remarque concernant les interventions multiples qui figure dans l'interprétation IC-35.01-1.
9. Pour la facturation du matériel à usage courant dans le cadre des positions du tarif SSO, les dispositions du tarif SSO, chiffre 4983, sont applicables. Pour la facturation du matériel à usage courant en combinaison avec des positions tarifaires TARMED, les dispositions de l'interprétation IG-20 du TARMED sont applicables. Le matériel à usage courant indemnisé via le chiffre 4983 du tarif SSO conformément aux explications figurant sous ledit chiffre, ne peut pas être facturé une nouvelle fois de façon séparée en vertu de l'interprétation IG-20 du TARMED.

Annexe:

A) Explications concernant la facturation de la classe de risque anesthésique III pour les prestations de médecine dentaire et les interventions de chirurgie maxillo-faciale facturées selon le tarif SSO

Dans les cas mentionnés ci-après, la classe de risque anesthésique III est applicable (de façon sélective) pour la totalité de la durée incision-suture (selon le protocole d'anesthésie):

- pour les prestations des chapitres V ou VI comportant une classe de risque anesthésique III (cf. section B ci-après).
- pour les enfants de moins de 2 ans.
- lorsque le protocole d'anesthésie indique que le patient n'a pas pu coopérer en raison de son état mental, psychique ou corporel.
- lorsque le protocole d'anesthésie mentionne que le patient appartient à la classe ASA 3 ou à une classe plus élevée.

Pour tous les autres cas que ceux mentionnés ci-dessus, la classe de risque anesthésique II peut être facturée.

Les classes de risque anesthésique I et IV ne sont pas facturées.

B) Classe de risque anesthésique du tarif SSO (tarif dentaire), chapitre V et VI:

**Chapitre V:
Chirurgie dentaire, chirurgie orale**

Position du tarif SSO	Classe de risque anesthésique
4200 - 4211	III
4212	II
4213 - 4224	III
4224 - 4226	II
4227 - 4248	III
4250	aucune
4251 - 4269	III
4270 - 4271	II
4272 - 4282	III
4283 - 4284	II
4285 - 4286	III
4287	II
4288	III
4290	II
4291 - 4295	III
4296 - 4299	III

**Chapitre VI:
Chirurgie maxillo-faciale**

Position du tarif SSO	Classe de risque anesthésique
4300 - 4325	III
4326 - 4328	aucune
4330 - 4334	II
4335 - 4337	III
4340 - 4342	II
4344 - 4355	III
4356	aucune
4357 - 4361	III
4363 - 4365	II
4366	III
4367 - 4368	II
4370 - 4394	III

Numéro 05058 Remplissage de la pompe à morphine

Valable à partir du 04.01.2006

Domaine de validité 00.0010, 00.0730

Décision Le remplissage de la pompe à morphine n'est pas tarifé en tant que tel. Il est à facturer au moyen de positions tarifaires du chapitre 00 (consultation de base, ponctions/injections).

Numéro 06010 Diagnostic psychologique

Valable à partir du 01.04.2006

Domaine de validité Aucun domaine de référence

Décision Les personnes qui exercent la neuropsychologie de manière indépendante et à leur propre compte ne sont pas des fournisseurs de prestations admis par la LAMal. La neuropsychologie n'est pas tarifée dans la version du TARMED actuellement en vigueur.
Dans le domaine AA/AM/AI, la neuropsychologie est réglée par des conventions bilatérales.

La présente décision CPI remplace la décision CPI n° 05040.

Numéro 06013 Positions tarifaires de l'anesthésie (BP-52) facturables dans le cadre de la même séance que l'intervention

Valable à partir du 24.05.2006

Domaine de validité BP-52
28.0010, 28.0030 à 28.0180 y compris

Décision Les positions tarifaires du bloc de prestations BP-52 peuvent être facturées dans le cadre de la même séance que l'intervention. Elles sont à facturer sous le numéro EAN de l'anesthésiste.

Numéro 06026-B Plans d'irradiation

Valable à partir du 14.12.2006 (corrigée pour la version 1.06 du 01.03.2009)

Domaine de validité 32.0240, 32.0260

Décision En règle générale, un complément d'irradiation par électrons constitue une nouvelle phase d'irradiation (n'intervenant le plus souvent que dans les derniers jours d'un traitement de plusieurs semaines). Ce complément peut et doit donc être planifié séparément. De plus, il ne s'agit pas ici du même volume d'irradiation mais bien d'un volume nouvellement défini, à définir cliniquement ou radiologiquement. Ce volume se fonde par exemple, sur la taille d'une tumeur restante. Il se peut aussi que l'on commence simultanément l'irradiation de plusieurs volumes, par exemple une irradiation planifiée par ordinateur et en trois dimensions lors de tumeur importante du bassin, et une irradiation de métastase costale par champ d'électrons sans planification par ordinateur. Facturer les deux positions se justifie également dans ce cas. Dans l'un et l'autre cas décrit, il ne s'agit pas d'un cumul des deux positions concernées.

C'est pour cela qu'il existe une interdiction du cumul de plans d'irradiation pour un même volume dans une même phase d'irradiation. Lorsqu'un champ d'électrons fait partie d'un plan d'irradiation par photons, il peut être facturé en même temps que ce plan d'irradiation dans le cadre de la planification par ordinateur.

Cette décision CPI remplace la décision CPI 06026.

Numéro 06028 **02.0260, Prestation en l'absence du patient, par un psychologue ou psychothérapeute délégué, par période de 5 min**

Valable à partir du 14.12.2006

Domaine de validité 02.0260

Décision Les rapports au sens de l'art. 3, OPAS doivent être facturés avec la position 00.2285 (rapport rédigé sans formulaire, 11 à 35 lignes de texte) et la position 00.2295 (+ rapport rédigé sans formulaire, par 35 lignes de texte supplémentaire).

Numéro 07002	Prise en charge périopératoire et prestations additionnelles
Valable à partir du	19.06.2007
Domaine de validité	00.0010, 00.0050, 00.0110, 00.0140, 28.0010, 28.0030, 28.0040, 28.0050, 28.0060
Décision	L'étude de dossier et l'administration/préparation pour l'opération (annonce pour la narcose, évaluation des formulaires relatifs à la préparation de la narcose, prescriptions de laboratoire et de radiologie, examens spécifiques pour patients à risques et patients dans un contexte difficile, etc.) font partie intégrante de la prestation d'anesthésie et de la prise en charge périopératoire. Le médecin spécialiste en anesthésie ne peut pas facturer la position tarifaire 00.0140 „Prestation médicale en l'absence du patient (y compris étude de dossier)” en sus de ces prestations.

Numéro 07031 **Densitométrie osseuse, avec absorptiométrie radiologique axiale à double énergie dans le cadre d'un consilium**

Valable à partir du 07.09.2007

Domaine de validité 00.2110, 39.1950

Décision Une densitométrie osseuse, avec absorptiométrie radiologique axiale peut également être effectuée dans le cadre d'un consilium.

Numéro 07036 **Chirurgien et anesthésiste en une seule et même personne**

Valable à partir du 17.12.2007

Domaine de validité 28.01

Décision IC-28-1 «Les prestations du spécialiste en anesthésiologie pour une anesthésie font partie d'un bloc de prestations et ne peuvent par conséquent être cumulées qu'entre elles (et donc avec aucune autre position du tarif) par le même spécialiste, pour une même séance. Font exception, les positions tarifaires des suppléments pour urgence, sous-chapitre 00.08.»

Cela signifie également que les prestations fournies par l'opérateur et celles fournies par l'anesthésiste dans le cadre de la même intervention ne peuvent pas être fournies par la même personne.

Numéro 07038 Visites au domicile et à l'établissement médico-social par les médecins du service socio-psychiatrique**Valable à partir du** 03.07.2008**Domaine de validité** 02.0010, 02.0020

Décision La CPI prend connaissance du fait que même le médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ainsi que le spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents doivent sur indication médicale aller retrouver leur patient au lieu de résidence, ceci également en dehors d'une intervention de crise. Lorsque le médecin salarié d'un hôpital ou d'une institution similaire doit fournir cette prestation au domicile et à l'établissement médico-social, ni les positions pour les visites, ni l'indemnité de déplacement en tant que prestation additionnelle ne peuvent être facturées.

La CPI recommande, en tant que solution transitoire, pour un déplacement médicalement indiqué de facturer les premières 5 minutes de la visite via la position 00.0060. Cela permettra de facturer la position tarifaire 00.0095. Aucun droit pour une future tarification ne peut cependant en découler.

Numéro 07039 Consultation lors d'un examen par imagerie

Valable à partir du 07.01.2008

Domaine de validité 00.0010, 39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016

Décision Les spécialistes au bénéfice de la valeur intrinsèque qualitative en radiologie médicale/radiodiagnostic n'ont pas le droit de combiner dans la même séance la consultation radiologique de base (39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016) avec la consultation des prestations de base générales (00.0010 ss) (cf. IC-39-9).

L'indemnisation des prestations médicales générales fournies au patient par le spécialiste en radiologie médicale ou en radiodiagnostic lors d'examens par imagerie et le remboursement du forfait administratif sont effectués par les positions tarifaires 39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016.

Si le patient s'informe auprès du radiologue au sujet des résultats ou du diagnostic établi sur la base de l'examen par imagerie, cette demande ne peut pas donner lieu à la facturation d'une consultation supplémentaire (00.0010 ss).

Les autres spécialistes n'ont pas le droit de facturer les positions tarifaires 39.0010, 39.0011, 39.0015, 39.0016.

Cette décision CPI remplace les décisions CPI 03030 et 03034.

Numéro 08014 Consilium par le spécialiste

Valable à partir du 11.06.2008

Domaine de validité 00.2110

Décision

Si des analyses interdisciplinaires de cas ambulatoires sont effectuées dans le cadre d'un Tumor-board oncologique interne à l'hôpital, les prestations fournies par le médecin hospitalier traitant ne peuvent pas être facturées comme un consilium, sauf si un consilium a été demandé explicitement par un médecin externe à l'hôpital. Lorsque l'analyse du cas a lieu en l'absence du patient, le médecin hospitalier traitant ainsi que d'éventuels autres médecins spécialistes de l'hôpital peuvent facturer pour leurs prestations la position 00.0140 « Prestation médicale en l'absence du patient ».

Les autres membres du personnel médical participant au Tumor-board (exemple: médecins-assistants) ne peuvent pas facturer de prestations selon le TARMED. Lorsqu'on a recours à un médecin spécialiste externe non salarié par l'hôpital pour une analyse interdisciplinaire de cas, celui-ci peut facturer le consilium. Il envoie sa facture pour le consilium directement à l'assureur.

En ce qui concerne la facturation des analyses interdisciplinaires des cas stationnaires, la CPI ne peut pas statuer. D'autres accords et d'autres règlements s'appliquent à ces cas. La réglementation du TARMED n'est pas applicable.

Numéro 08015 **Interprétations tarifaires 04.03.01 et 04.03.04**

Valable à partir du 03.07.2008

Domaine de validité 04.03.01, 04.03.04

Décision Selon le principe en vigueur, l'étendue du lambeau qui doit être facturée est liée à l'acte rémunéré via la/les position/s tarifaire/s y relatives.

L'indication de l'étendue en cm² figurant au sous-chapitre 04.03.04 «Prélèvement de lambeau» se rapporte à l'étendue du lambeau prélevé nécessaire pour couvrir la lésion.

L'indication de l'étendue en cm² figurant au sous-chapitre 04.03.01 «Peau, parties molles: fermeture de plaie par techniques plastiques» se rapporte à l'étendue du lambeau prélevé nécessaire pour couvrir la lésion par plastie.

Numéro 08017-B Prestations fournies en l'absence du patient (étude de dossier incluse)

Valable à partir du 10.07.2009

Domaine de validité 00.0140, 02.0070, 02.0160, 02.0260, 02.0360

Décision Vaut comme étude du dossier: l'étude de documents tiers relatifs au patient (lecture et évaluation de documents détaillés externes et non pas de ceux rédigés par le médecin et figurant déjà dans le dossier médical du patient), y compris l'étude des articles de référence y cités. Demeure réservée comme exception motivée l'étude extensive de ses propres documents. Ceci doit être documenté et mis à la disposition de l'assureur à sa demande.

La facturation automatique de prestations fournies en l'absence du patient pour l'étude de ses propres documents n'est pas admise.

Cette décision CPI remplace les décisions CPI 04043, 07012 et 08017.

Numéro 08048 **Rapport médical**

Valable à partir du 09.09.2008

Domaine de validité 00.0010, 00.0140, 00.2285

Décision *Art. 6, Alinéa 4, OPAS:
4 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.*

Une telle ordonnance peut être facturée comme consultation ou comme prestation en absence du patient. Si l'assureur demande un rapport complet, celui-ci peut être facturé avec la position tarifaire 00.2285 ss.

Numéro 08069_B Facturation des procédés d'imagerie durant une opération ou une intervention**Valable à partir du** 31.08.2009**Domaine de validité** IC-39-11**Décision** *La décision 08069_B remplace la décision 08069. L'unité fonctionnelle « Salle d'examen et de traitement, thérapie de la douleur » est radiée.*

Selon l'interprétation du chapitre IC-39-11, tous les actes d'imagerie médicale (examen par ultrasons, cliché sans préparation, scopie, etc.) effectués par l'opérateur ou les assistants durant l'intervention (opération, intervention chirurgicale) font partie de la prestation au sens strict; sont réservées les prestations où une facturation séparée des actes d'imagerie est expressément prévue dans la prestation principale ou additionnelle ou dans leurs interprétations.

La première partie de cette interprétation doit être précisée comme suit:

La disposition selon laquelle tous les procédés d'imagerie qui sont effectués durant l'intervention font partie de la prestation au sens strict, ne s'applique qu'aux opérations/interventions tarifées dans les unités fonctionnelles suivantes:

- Salle d'examen et de traitement avec amplificateur de brillance
- Salle de plâtre
- Salle d'opération I
- Salle d'opération II
- Salle d'opération III
- Laboratoire d'électrophysiologie/espace cathétérisme
- Echocardiographie
- Salle d'endoscopie urologique
- Diagnostic fonctionnel urologique
- Lithotritie extracorporelle (LEOC)
- Salle d'endoscopie pneumologique
- Endoscopie gastroentérologique, grande
- Endoscopie gastroentérologique, hôpital
- Biopsie guidée par ultrasons et assistée par le vide
- Biopsie mammaire assistée par le vide dans la salle de mammographie
- Intervention mammaire minimalement invasive sur la table de stéréotaxie
- Brachythérapie
- Radiochirurgie
- Radiochirurgie/Radiothérapie
- Irradiation corporelle totale
- Elaboration du programme radiologique pour la radiochirurgie/radiothérapie

Cette précision s'impose parce que l'imagerie est déjà comprise

dans les unités fonctionnelles en question.

En revanche, cela signifie qu'une intervention pratiquée dans une autre unité fonctionnelle pour des raisons médicalement justifiées (par exemple salle d'examen et de traitement, médecine de premier recours) peut être cumulée avec les prestations d'imagerie médicale du chapitre 39.

Les 3 cas pratiques suivants illustrent cette réglementation:

Cas pratique 1: Diagnostic et intervention thérapeutique guidée par ultrasons au niveau de l'épaule

Le patient A consulte le médecin en raison de douleurs à l'épaule. Il fait deux radiographies de l'épaule qui montrent une ossification de la bourse séreuse (bursitis calcarea). Le médecin explique le diagnostic au patient et lui recommande de se faire infiltrer de la cortisone sous contrôle d'ultrasons dans la bourse de l'épaule. Il désinfecte la peau et positionne la sonde de l'appareil à ultrasons sur l'épaule ce qui lui permet de diriger la pointe de l'aiguille avec précision jusqu'à ce qu'elle soit bien placée dans la bourse avant l'infiltration du médicament. On a donc réalisé des radiographies suivies d'une infiltration guidée par ultrasons.

Facturation (une séance):
00.0010ss Consultation
39.0220 Radiologie: articulation de l'épaule, omoplate ou articulation acromio-claviculaire, premier cliché
39.0225 + Radiologie: articulation de l'épaule, omoplate ou articulation acromio-claviculaire, par cliché supplémentaire
39.2000 Prestation de base technique 0, salle de radiologie I, patient ambulatoire
39.3710 Intervention thérapeutique guidée par ultrasons
39.3800 Prestation de base technique 0, grand examen par ultrasons, patient ambulatoire
39.0020 Taxe de base pour la radiologie et le diagnostic par ultrasons par le médecin au cabinet médical et par le non-radiologue à l'hôpital (FAI)

Motif: L'imagerie et l'intervention ont lieu parallèlement dans l'unité fonctionnelle prévue pour les grands examens par ultrasons.

Cas pratique 2: Diagnostic et ponction du genou

Le patient B consulte le médecin à cause de douleurs au genou. Les radiographies ne révèlent aucune pathologie. Les douleurs au genou pourraient être provoquées par une arthrose au stade initial, une lésion du ménisque, des dégénérescences et des rhumatismes. Pour pouvoir poser son diagnostic, le médecin pratique un examen par ultrasons qui confirme un épanchement à l'intérieur de l'articulation. Le traitement consiste en une ponction de l'épanchement (sans contrôle radiologique d'aucune sorte).

Facturation (une séance):
00.0010ss Consultation
39.0310 Radiologie: genou, premier cliché
39.0315 + Radiologie: genou, par cliché supplémentaire
39.2000 Prestation de base technique 0, salle de radiologie I, patient ambulatoire
39.3402 Examen du genou par ultrasons, par côté
39.3800 Prestation de base technique 0, grand examen par ultrasons, patient ambulatoire
24.0130 Ponction articulaire (y compris kyste articulaire et para-articulaire), épaule, coude, genou, articulation tibio-astragalienn
39.0020 Taxe de base pour la radiologie et le diagnostic par ultrasons par le médecin au cabinet médical et par le non-radiologue à l'hôpital (FAI), LAMal

Motif: Selon le tarif, l'intervention (ponction articulaire) a lieu dans l'unité fonctionnelle "salle d'examen et de traitement du médecin de premier recours". Il s'agit d'une unité sans équipement d'imagerie médicale. Pour cette raison, l'examen par ultrasons effectué au préalable peut être facturé en plus.

Cas pratique 3: Simple ponction

Une semaine plus tard, le patient B (voir cas 2 ci-haut) se présente pour un contrôle. Une deuxième ponction s'impose (récidive de l'épanchement). En raison du diagnostic posé la semaine passée, un nouvel examen par ultrasons ou radiologique n'est pas nécessaire, mais uniquement une nouvelle ponction.

Facturation (une séance):
00.0010ss Consultation
24.0130 Ponction articulaire (y compris kyste articulaire et para-articulaire), épaule, coude, genou, articulation tibio-astragalienn

Motif: Seule la deuxième ponction articulaire a lieu dans l'unité fonctionnelle "salle d'examen et de traitement du médecin de premier recours". Un nouvel examen par ultrasons n'est pas nécessaire.

Numéro 09012 **Facturation de l'anesthésie par l'opérateur et/ou l'anesthésiste****Valable à partir du** 16.12.2009**Domaine de validité** 28.0030, 28.0130, 28.0080**Décision**

Il faut distinguer 3 cas possibles:

1. L'opérateur procède à l'anesthésie régionale, il n'y pas d'anesthésiste présent : l'opérateur facture la position 00.1260 et ne peut facturer des positions supplémentaires du chapitre 28.
2. L'opérateur procède à l'anesthésie régionale, un anesthésiste est présent en standby: l'opérateur facture la position 00.1260, l'anesthésiste les positions MAC (28.0010/28.0070/28.0120), mais pas la classe de risque I.
3. L'anesthésiste procède à l'anesthésie régionale, il peut facturer la classe de risque prévue pour l'intervention (dans ce cas précis de la prestation 05.2410 la classe de risque I). La position 00.1260 ne peut être facturée, vu que celle-ci est réservée uniquement à l'opérateur et que celui-ci n'a pas procédé à l'anesthésie régionale.

Numéro 09015

Droit de facturer l'unité d'exploitation Institut de radiologie

Valable à partir du 27.11.2009

Domaine de validité 39.0010, 39.0011, 39.0015,39.0016

Décision Les positions de Consultation de base/unité d'exploitation Institut de radiologie ne peuvent être facturées pas les hôpitaux respectivement les instituts de radiologie qu'exclusivement en combinaison avec des examens par imagerie effectués dans les unités fonctionnelles suivantes:

- Salle de radiologie I
- Salle de radiologie III
- Grand examen par ultrasons
- Mammographie
- Tomodensitométrie (CT)
- Imagerie par résonance magnétique (IRM)
- Angiographie/ radiologie non interventionnelle cardiaque

L'unité d'exploitation ne peut être facturée avec les prestations des unités fonctionnelles suivantes:

- Endoscopie gastroentérologique, hôpital
- Centre périnatal
- Echographie gynécologique/obstétrique
- Biopsie guidée par ultrasons et assistée par le vide
- Biopsie mammaire assistée par le vide dans la salle de mammographie
- Biopsie mammaire minimalement invasive sur table de stéréotaxie
- Densitométrie osseuse par rayons X
- Interventions sous surveillance angiographique
- Interventions sous surveillance CT
- Interventions sous surveillance IRM

Numéro 10002 Préciser l'interprétation de la position tarifaire 35.0210

Valable à partir du 11.03.2010

Domaine de validité 35.0210ss

Décision Selon l'interprétation en vigueur, les positions tarifaires 35.0210ss s'appliquent également à l'utilisation ambulatoire de la salle de réveil et des soins intensifs.

Numéro 12009 Complément de l'IG-36

Valable à partir du 01.10.2012

Domaine de validité IG-36

Décision

Les conditions pour une prise en charge des coûts sont:

- respecter les exigences de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), en particulier les articles 24 à 34 concernant les prestations et les articles 56 à 59 sur le caractère économique et la qualité, ainsi que les ordonnances du Conseil fédéral et du Département fédéral de l'intérieur (DFI)(OAMal et OPAS) se fondant sur les articles de loi. L'obligation de prise en charge se décide toujours pour chaque cas en particulier.

- respecter les prescriptions des articles 48 et 54 LAA, de l'article 26^{bis} LAI et de l'article 25 LAM.

Les positions tarifaires ne bénéficiant en aucun cas d'un mandat de prestation de l'assurance-maladie sociale (selon la LAMal) sont désignées par la mention «prestation non obligatoire».

Pour autant que la LAMal, l'OAMal ou l'OPAS prévoient une réglementation particulière pour l'obligation de prise en charge, il en est fait mention dans les positions correspondantes au moyen des quatre catégories suivantes:

OPAS: prestation non obligatoire

OPAS prestation obligatoire

OPAS: prestation obligatoire à certaines conditions bien définies

LAMal: prestation non obligatoire ou prestation obligatoire limitée

Les positions du TARMED qui ne peuvent être facturées qu'à l'AA, à l'AM ou à l'AI sont indiquées par 'Uniquement prestation de l'assurance-accidents, assurance-invalidité ou assurance-militaire'.

S'il existe une contradiction entre la loi et la version tarifaire TARMED en vigueur c'est la loi qui a la préférence.

Numéro 12015 Phytothérapie médicale

Valable à partir du 01.10.2012

Domaine de validité 00.1870, 00.1880 – 00.1900

Décision

1. La consultation de phytothérapie est facturable avec les positions tarifaires de la consultation de base (00.0010ff) à l'unité de coûts. La position tarifaire « Pro Memoria » 00.1870 doit être mentionnée sur la facture.
2. La consultation de phytothérapie par téléphone est facturable avec la position tarifaire « consultation de médecine complémentaire par téléphone, par le spécialiste (00.1880ff) » à l'unité des coûts.
3. Les médicaments à base de plantes, substances incluses sont facturables selon la LS et la LMT.

Limitations de quantité:

- Phytothérapie, consultation par le spécialiste, première période de 5 min.

180 min. par 6 mois au maximum (inclus par période de 5 min en plus et dernière période de 5 min)

Quantité: 1 fois par séance

- Phytothérapie, consultation par le spécialiste, par période de 5 min en plus

Quantité: max. 34 fois par 6 mois

- Phytothérapie, consultation par le spécialiste, dernière période de 5 min

Quantité: 1 fois par séance

Numéro 12016 Facturation des questionnaires de test

Valable à partir du 01.10.2012

Domaine de validité 02.0010, 02.0020, 02.0090, 02.0110, 03.0310, 03.0135

Décision En combinaison avec les positions tarifaires TARMED :
 02.0010 Diagnostic et thérapie psychiatriques, thérapie individuelle, première séance, par période de 5 min
 02.0020 Diagnostic et thérapie psychiatriques, thérapie individuelle, pour chaque séance suivante, par période de 5 min
 02.0090 Commentaire de test psychologique et psychiatrique par le spécialiste, par période de 5 min, comme prestation psychiatrique exclusive
 02.0110 Diagnostic et traitement non médicaux en psychiatrie, séance individuelle, par période de 5 min
 03.0310 ss à 03.0340 Examens du développement de l'enfant
 03.0135 Examen concernant le développement de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte jusqu'à 18 ans, par le spécialiste en pédiatrie, par période de 5 min
 les sets licenciés de questionnaires, procurés individuellement pour le patient, peuvent être facturés séparément selon l'IG-20, pour autant que le prix d'achat dépasse CHF 3.- par pièce (TVA comprise).

Numéro 12018	Prélèvement de sang et conservation sous forme de sang complet
Valable à partir du	22.07.2013
Domaine de validité	00.2610, 00.0010, 00.0140, 00.1370
Décision	<p>La position 00.2610 couvre toutes les prestations non médicales dans le cadre du prélèvement de sang, y compris la prise en charge et la surveillance.</p> <p>La position 00.1370 dédommage la prise en charge et la surveillance après une prestation non liée au prélèvement de sang selon 00.2610.</p> <p>Des prestations médicales nécessaires lors d'un prélèvement de sang peuvent être facturées séparément.</p> <p>Dans ce cas il faut observer l'interprétation générale IG- I « principe ». Pour le chiffre 00.0140 il faut tenir compte de la décision CPI I-08017-B « Prestations fournies en l'absence du patient (étude de dossier incluse) ».</p>

Numéro 13001 **Adaptation de l'IC-02.03-1 (Psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical)**

Valable à partir du 01.04.2013

Domaine de validité 02.0210-02.0260

Décision Changement de conditions pour la mise en compte de la psychothérapie déléguée :

« La psychothérapie déléguée est limitée au maximum par médecin à 100 heures par semaine. Le devoir de surveillance du médecin déléguant doit être garanti. »

Numéro 13004 IC-39.03-2 Examen comparatif

Valable à partir du 01.05.2013

Domaine de validité 39

Décision Les cas suivants ne sont plus considérés comme examen comparatif :

- Maladies systémiques
- cas de suspicion de lésion secondaire
- raisons juridiques, légales
- Patients plu jeunes que 16 ans
- Hanche du nourrisson selon Graf (39.3408)

Dans ces cas un cliché supplémentaire avec la position tarifaire correspondante est facturable une nouvelle fois. Dans ce cas valent les conditions de l'IC-39-3 Clichés pairs des extrémités.

Numéro 13006 **Facturation simultanée des positions TARMED 18.1550 avec mention « prestation exclusive » et 18.1570**

Valable à partir du 22.07.2013

Domaine de validité 18.1550, 18.1570

Décision L'interprétation générale IG 7 « prestation exclusive » est valable pour toutes les prestations avec la mention « prestation exclusive ».

La CPI est consciente que dans des cas en particulier la facturation appropriée des prestations fournies avec des positions tarifaires avec la mention « prestation exclusive » est plus compliquée. Dans ces cas la CPI conseille de prendre contact avec l'assureur.

Numéro 14001 **Supplément à la valeur intrinsèque de la position tarifaire
00.1325**

Valable à partir du 15.02.2014

Domaine de validité 00.1325

Décision Fournisseurs de prestations avec la « FA endocrinologie-
diabétologie pédiatrique » peuvent facturer la position 00.1325.

Numéro 15005 **Règle d'arrondi**

Valable à partir du 01.10.2015

Domaine de validité Ensemble du tarif

- Décision**
1. Les montants des positions individuelles de la facture sont arrondis à CHF 0.01. Dans TARMED, cette règle s'applique par position au niveau PM (prestation médicale) et PT (prestation technique).
 2. Le montant total dû de la facture sera arrondi à CHF 0.05, selon les règles d'arrondi commercial.

(Source: Règles d'arrondissements du Forum pour l'échange des données, manuel de référence : Factures de médecin, Release 4.0, MDInvoiceRequest_400.xsd)

Numéro 16007	Gestion du dossier médical du patient
Valable à partir du	29.09.2016
Domaine de validité	02.0010 – 02.0060
Décision	<p>Selon l'interprétation générale GI-14, la documentation et le compte rendu font partie intégrante de la prestation et sont indemnisés avec celle-ci.</p> <p>La consultation du dossier ou l'adjonction apportée au dossier immédiatement avant ou après la consultation font partie intégrante de la consultation. Le temps requis à cet effet est à facturer avec les positions correspondantes (02.0010-02.0060) et peut ainsi prolonger le temps facturable.</p>