



# Directives pour la saisie des prestations ambulatoires

## Annexe C à la convention de structure tarifaire

*Valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2026*

État: adopté par le conseil d'administration de l'OTMA SA le 22 octobre 2024, approuvé par le Conseil fédéral le 30 avril 2025

## 1. Principes fondamentaux

- <sup>1</sup> En vue de l'application du tarif à la prestation et du tarif forfaitaire par patient, le présent document définit:
  - les directives pour la saisie des prestations ambulatoires;
  - les instruments pour la saisie des prestations ambulatoires.
- <sup>2</sup> Des exemples d'application et des clarifications sont ajoutés continuellement au document «Clarifications et exemples» pour la saisie des prestations ambulatoires et sont publiés sur le site Web de l'OTMA.
- <sup>3</sup> La pose du diagnostic et les documents relatifs aux diagnostics et/ou aux prestations durant une séance sont de la responsabilité du médecin traitant.

### 1.1. Instruments pour la saisie des prestations

- <sup>1</sup> Pour la saisie des prestations, le catalogue de prestations des tarifs médicaux ambulatoires (ci-après CPTMA) s'applique dans sa version 2026 pour TARDOC et les forfaits ambulatoires.
- <sup>2</sup> Les diagnostics sont saisis au moyen de la CIM-10-GM ou du Code tessinois. La CIM-10-GM s'applique pour l'année de facturation dans la version valable selon l'OFS. La classification Code tessinois n'est ni publiée ni développée par l'OTMA.
- <sup>3</sup> Au besoin, le conseil d'administration de l'OTMA peut définir d'autres instruments pour la saisie des prestations.

### 1.2. Moment de la saisie des prestations

- <sup>1</sup> La saisie des prestations se fait durant ou juste après la séance. Il ne faut pas attendre les résultats d'examen (service de pathologie, laboratoire, etc.) en suspens en vue de préciser le diagnostic.

## 2. Saisie du diagnostic

- <sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations au sens de l'Annexe B ch. 2 saisissent toujours un diagnostic à l'aide de la CIM-10-GM ou du Code tessinois. Les prescriptions suivantes doivent être impérativement respectées par tous les fournisseurs de prestations:
  - pour les séances sans position de déclencheur (Trigger), les diagnostics sont saisis selon la CIM-10-GM ou selon le Code tessinois.
  - pour les séances avec position de déclencheur (Trigger), les diagnostics sont saisis selon la CIM-10-GM.
  - si un même jour une séance au moins est saisie avec une position de déclencheur (Trigger) pour un patient, les diagnostics sont saisis selon la CIM-10-GM pour toutes les autres séances du même jour avec le même patient.
- <sup>2</sup> Font exception les services spécialisés nommés explicitement dans la «documentation pour le relevé des données» publiée sur le site Web de l'OTMA. Pour ces services spécialisés, il faut toujours saisir un (1) diagnostic au moyen de la CIM-10-GM, indépendamment du ch. 1.

## **2.1. Saisie du diagnostic**

- <sup>1</sup> Est saisi en tant que diagnostic l'état du patient, de la patiente établi durant ou juste après la séance et qui est le principal motif de la séance. Ce dernier est caractérisé par la prestation qui a représenté la plus forte utilisation de moyens médicaux durant la séance (prestations médicales et infirmières, opérations, dispositifs médicaux, etc.) Est appliqué le diagnostic le plus proche du traitement effectué en relation avec l'organe, resp. la partie du corps.

### **2.1.1. Plusieurs prestations ou séances**

- <sup>1</sup> Si plusieurs prestations sont fournies lors d'une seule séance, est saisi le diagnostic pour lequel la charge du traitement est la plus importante.

### **2.1.2. Symptômes**

- <sup>1</sup> Les diagnostics sont saisis en fonction des organes. Les codes des symptômes ne sont saisis que si, au moment de la fourniture de la prestation, on ne dispose d'aucun diagnostic en relation avec un organe (lire également ch. 2.1.3. Diagnostics présumés).

### **2.1.3. Diagnostics présumés**

- <sup>1</sup> Le diagnostic présumé se confirme ou est précisé: la pose du diagnostic se déroule selon l'état des connaissances le plus actuel au moment de la fourniture de la prestation.
- <sup>2</sup> Pas de pose définitive de diagnostic, resp. le diagnostic présumé est exclu: est saisi le diagnostic qui était le motif de la séance avec le patient, la patiente.

### **2.1.4. Aigu vs chronique**

- <sup>1</sup> Si un patient ou une patiente souffre simultanément d'une forme aiguë et chronique de la même maladie, par ex. d'une exacerbation aiguë d'une maladie chronique, est saisi le diagnostic aigu de la maladie.
- <sup>2</sup> Si un code combiné représente les deux formes, c'est ce code qui est saisi.

### **2.1.5. Maladies après des mesures médicales**

- <sup>1</sup> Les maladies et les complications après des mesures médicales sont saisies si elles sont décrites en tant que telles par le médecin traitant. Est saisi le diagnostic qui décrit le plus spécifiquement le motif de la séance en lien avec l'organe, la pathologie et la région du corps.

### **2.1.6. Syndromes, récurrences, maladies sous-jacentes**

- <sup>1</sup> Lors d'affections dans le cadre de maladies sous-jacentes, la priorité est donnée à la manifestation de la maladie spécifique à l'organe (pour autant qu'elle diffère de la maladie sous-jacente ou la spécifie).

### **2.1.7. Obstétrique**

- <sup>1</sup> La pose du diagnostic lors de naissances porte sur le type de naissance. Pour les séances en obstétrique sans naissance, la pose du diagnostic correspond au traitement entraînant la plus grande charge.

### 3. Saisie des prestations ambulatoires

- <sup>1</sup> Toutes les prestations fournies durant une séance doivent être saisies. Cela inclut les prestations diagnostiques, thérapeutiques et infirmières. Une (1) prestation principale au moins est toujours saisie.
- <sup>2</sup> Pour l'attribution à un groupe de cas, il faut au moins une (1) prestation principale (en plus du diagnostic). Des prestations supplémentaires peuvent être prises en considération si nécessaire pour la différenciation du groupe de cas.
- <sup>3</sup> Seules sont saisies les prestations effectivement fournies:
- Une (1) prestation principale au moins est toujours saisie.
  - Si un traitement planifié n'est pas réalisé, les prestations qui y sont liées ne sont pas saisies.
  - Lorsqu'un traitement est interrompu, seule est saisie la partie du traitement qui a été réalisée.

- <sup>4</sup> Pour chaque prestation saisie, il faut indiquer le/les côtés si c'est pertinent. Les indications suivantes sont saisies:

DC = deux côtés

G = gauche

D = droit

- <sup>5</sup> Les prestations doivent être saisies aussi souvent qu'elles ont été fournies durant une séance.

## 4. Dispositions supplémentaires

### 4.1. Codes analogues et de réserve

- <sup>1</sup> Si un code du CPTMA n'est pas utilisé selon sa désignation, il s'agit d'une «prestation analogue». Les prestations analogues servent à la facturation de prestations qui ne sont pas encore représentées dans le CPTMA en vigueur. Le remplacement des prestations analogues se fait à travers la procédure de demande qui permet de proposer l'introduction de nouveaux codes dans le CPTMA. Les codages analogues ne sont autorisés que conformément aux prescriptions de l'OTMA.
- <sup>2</sup> Le CPTMA comporte des codes de réserve sans description médicale qui, en cours d'année, peuvent être assortis d'une description médicale par l'OTMA. Les codes de réserve servent à la documentation des prestations qui ne sont pas encore représentées dans le CPTMA en vigueur.
- <sup>3</sup> Une vue d'ensemble des codes analogues et de réserve actuels et passés est consultable sur le site Web de l'OTMA. Elle revêt un caractère obligatoire pour la saisie des prestations.