

Clarifications et exemples

Document explicatif relatif aux modalités d'application (annexe B)

Valable dès le: 1^{er} janvier 2026

État au 16 juin 2026

Table des matières

Table des matières	1
Préambule	3
Clarification 1 relative au chapitre 1 – Séance le jour d’entrée ou de sortie d’un séjour hospitalier	3
Clarification 2 relative au chapitre 2 - Définition du <i>fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire</i>	3
Clarification 3 relative au chapitre 2 – Soins en tant que <i>fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire</i>	3
Clarification 27 relative au chapitre 2 – Sages-femmes en tant que <i>fournisseurs de prestations dans le cadre ambulatoire</i>	4
Clarification 21 relative au chapitre 3 – Séance	4
Clarification 25 relative au chapitre 3.1 - Définition de la séance	5
Clarification 4 relative au chapitre 3.1 - Séance sans rencontre physique	5
Clarification 5 relative au chapitre 4 - Contact-patient.....	5
Clarification 19 relative au chapitre 4.1 – Définition des prestations attribuées.....	9
Clarification 20 relative au chapitre 4.1 – Système de règles des prestations attribuées	9
Clarification 24 relative au chapitre 4.1 – Prestations attribuées lors du passage de l’année 2025 à l’année 2026	10
Clarification 6 relative au chapitre 5 – Définition du traitement ambulatoire par jour civil.....	10
Clarification 7 relative au chapitre 5 – Définition du traitement ambulatoire au-delà de minuit	12
Clarification 8 relative au chapitre 5 – Définition du traitement ambulatoire sur un jour civil	13
Clarification 9 relative au chapitre 5 – Différents répondants des coûts	15
Clarification 10 relative au chapitre 5 – Définition du traitement ambulatoire après groupement du diagnostic dans le même groupe de diagnostics	17
Clarification 22 relative au chapitre 5 – Définition du traitement ambulatoire après groupement du diagnostic dans le même groupe de diagnostics	20
Clarification 11 relative au chapitre 5 – Interventions combinées pendant l’anesthésie réalisée par l’anesthésiste.....	20
Clarification 12 relative au chapitre 5 – Pas de regroupement	21
Clarification 29 relative au chapitre 5 - Activités préparatoires à l’irradiation en radio-oncologie	22
Clarification 23 relative au chapitre 6.2 – Changement de la structure tarifaire du TARMED au TARDOC / Passage de l’année 2025 à l’année 2026	23
Clarification 13 relative à la définition du cas tarifaire	23
Clarification 14 relative au traitement par stomie	23

Clarification 15 relative aux chapitres 5.1 et 5.2 – Produits sanguins labiles et stables	24
Clarification 16 relative aux chapitres 6.1 et 6.2 - Implants	25
Clarification 26 relative au chapitre 6.1 – Primauté du groupeur	26
Clarification 30 relative au chapitre 6.1 - Facturation multiple d'un forfait ambulatoire.....	26
Clarification 17 relative au chapitre 6.2 - Facturation d'un traitement ambulatoire selon le tarif à la prestation TARDOC.....	26
Clarification 28 relative au chapitre 6.3 – Autres tarifs médicaux ambulatoires	29
Clarification 18 relative aux traitements pressants et urgents dans la pratique privée	29
Annexe: Aperçu des clarifications	30

Préambule

Ce document n'est pas soumis à l'approbation du Conseil fédéral.

Clarification 1 relative au chapitre 1 - Séance le jour d'entrée ou de sortie d'un séjour hospitalier

Si un patient a une séance le jour d'entrée ou de sortie d'un séjour hospitalier, il convient d'observer les règles hospitalières.

Clarification 2 relative au chapitre 2 - Définition du *fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire*

Les médecins employés dans un hôpital ou une institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins sont affiliés aux services spécialisés de ces hôpitaux ou institutions. Par conséquent, ils ne peuvent **pas** facturer les prestations qu'ils fournissent pour ces hôpitaux ou institutions en tant que *fournisseurs de prestations dans le cadre ambulatoire* à la charge des assurances sociales.

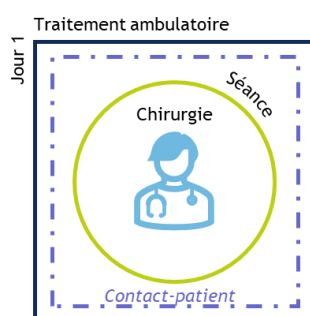
Clarification 3 relative au chapitre 2 - Soins en tant que *fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire*

Les soins sont affiliés au service médical spécialisé demandeur. Ils correspondent par conséquent à la définition d'un *fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire* et peuvent faire l'objet de **propres séances**. Pour ce qui concerne la définition et l'application de la séance, les séances de soins sont soumises aux **mêmes règles** que les séances des services médicaux spécialisés.

Exemple 1 relatif à la clarification 3

Le patient avec un ulcère de jambe se présente pour un changement de pansement chez l'infirmier diplômé.

- **Un traitement ambulatoire** en chirurgie, parce que les soins sont affiliés au service spécialisé de chirurgie.



Clarification 27 relative au chapitre 2 - Sages-femmes en tant que fournisseurs de prestations dans le cadre ambulatoire

Les sages-femmes à l'hôpital sont un propre fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire et constituent par conséquent de propres séances/contacts-patient. Si un contact-patient a lieu le même jour chez un médecin du même hôpital (même fournisseur de prestations LAMal), il convient d'examiner le regroupement des deux contacts-patient selon le chapitre 5.

L'exemple 3 relatif à la clarification 10 sert d'exemple.

Clarification 21 relative au chapitre 3 - Séance

La séance prend fin lorsque la rencontre du patient et du fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire est close (p. ex. lorsque le patient quitte le fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire). La rencontre immédiate avec un autre fournisseurs de prestations dans le cadre ambulatoire (p. ex. examen par un autre médecin spécialiste) correspond à une interruption et non pas à la fin de la séance.

Exemple 1 relatif à la clarification 21

Le patient se présente le matin chez le médecin de famille avec une pneumonie et une forte fièvre. Après l'examen, le médecin convient avec le patient d'un rendez-vous de contrôle l'après-midi pour évaluer son état et décider si une hospitalisation est nécessaire.

Les deux séances comptent comme des séances séparées.

Exemple 2 relatif à la clarification 21

La patiente se présente au service des urgences avec une lacération à la tête et des vertiges. Après un premier examen et traitement par le médecin urgentiste, la patiente est conduite en radiologie pour un examen CT. Ensuite, le traitement de la patiente se poursuit au service des urgences et elle est peut rentrer chez elle.

Le traitement du médecin urgentiste n'est pas encore terminé lorsque l'examen CT est réalisé, mais se poursuit après le retour de la patiente. La prise en charge immédiate en radiologie interrompt la séance aux urgences, mais ne la clôt pas. La prestation du médecin urgentiste correspond donc à une (1) séance. Les prestations de la radiologie comptent comme une séance séparée (autre service spécialisé).

Exemple 3 relatif à la clarification 21

Le patient se rend le matin chez le pneumologue pour une consultation en vue de réaliser des tests complets. L'après-midi, le pneumologue et le patient discutent les résultats des tests au téléphone. Il s'agit de deux séances. Une séance correspond à la rencontre physique, l'autre séance à une rencontre par téléphone.

Clarification 25 relative au chapitre 3.1 - Définition de la séance

Une séance est définie comme la rencontre physique ou par téléphone entre le patient et le fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire.

Si les prestations concernent deux répondants des coûts différents ou deux motifs de traitement différents, il s'agit de deux séances.

Sont réputés motifs de traitement la maladie, les infirmités congénitales, l'accident, la maternité et la prévention.

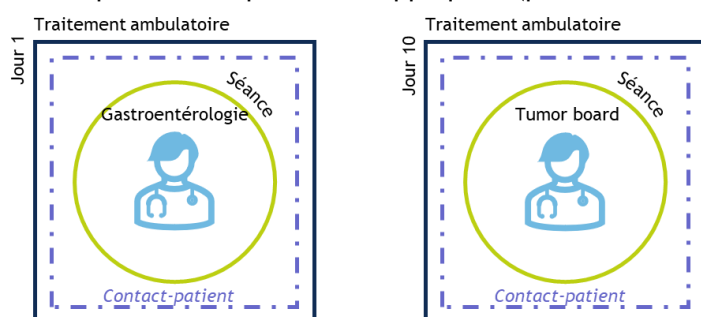
Clarification 4 relative au chapitre 3.1 - Séance sans rencontre physique

Les expertises, consiliums sur dossier et radiologiques ainsi que les tumor boards/boards d'experts/interdisciplinaires comptent comme une séance, également sans rencontre physique du patient avec le *fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire*.

Exemple 1 relatif à la clarification 4

Après la biopsie réalisée par le gastroentérologue, un tumor board est organisé pour discuter les résultats et la marche à suivre. Le patient n'est pas présent lors du tumor board.

- ➔ **Deux traitements ambulatoires**, étant donné que le tumor board (avec ou sans présence du patient) compte comme une **séance** séparée. Le tumor board est facturé selon le tarif à la prestation TARDOC.
- ➔ Si plusieurs services spécialisés participent au tumor board, les limitations de la quantité par service spécialisé s'appliquent (plusieurs **traitements ambulatoires**).



Clarification 5 relative au chapitre 4 - Contact-patient

Un contact-patient est composé de la séance et des prestations qui lui sont attribuées, même si ces prestations sont réalisées à une date ultérieure. L'attribution à une séance consécutive n'est pas possible. Les prestations suivantes sont attribuées à une séance:

- Les prestations en l'absence du patient sont attribuées au contact-patient précédent jusqu'à la veille de la séance suivante avec le même *fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire* ou jusqu'au maximum 30 jours après la première séance.
- Les rapports sont attribués au contact-patient de la dernière séance décrite dans le rapport, indépendamment de la date d'établissement du rapport.

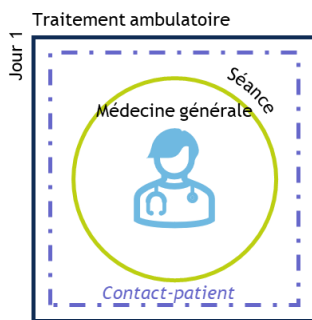
- Les prestations de laboratoire et de pathologie sur l'échantillon sont attribuées à la séance lors de laquelle l'analyse a été demandée.

Si aucune prestation n'est attribuée à la **séance**, cette dernière est assimilée au **contact-patient**.

Exemple 1 relatif à la clarification 5

Le patient consulte le médecin de famille en raison d'une forte toux (service spécialisé de médecine interne générale).

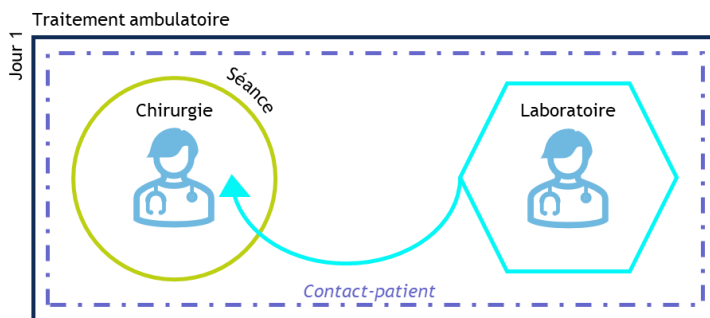
- **Une séance, un contact-patient, un *traitement ambulatoire*.** La séance est assimilée au contact-patient. Outre la séance, aucune autre prestation attribuée au contact-patient n'est fournie.



Exemple 2 relatif à la clarification 5

Des analyses de laboratoire sont réalisées pour un patient chez lequel on suspecte un infarctus.

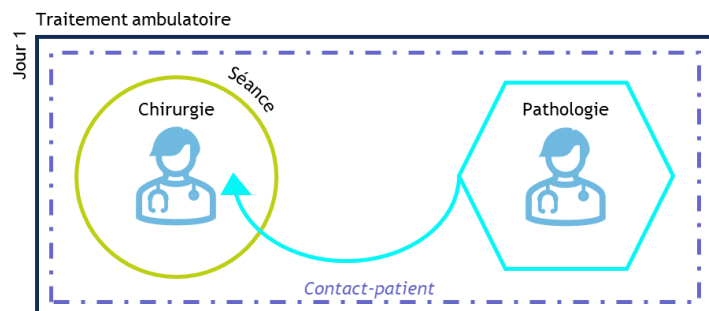
- **Un contact-patient, un *traitement ambulatoire*.** Les prestations du laboratoire sur l'échantillon (prestations attribuées) sont regroupées en **un contact-patient** avec la **séance** lors de laquelle l'analyse a été demandée.



Exemple 3 relatif à la clarification 5

L'échantillon tissulaire résultant de la biopsie des reins réalisée en chirurgie est envoyé au service de pathologie. L'analyse s'effectue le même jour.

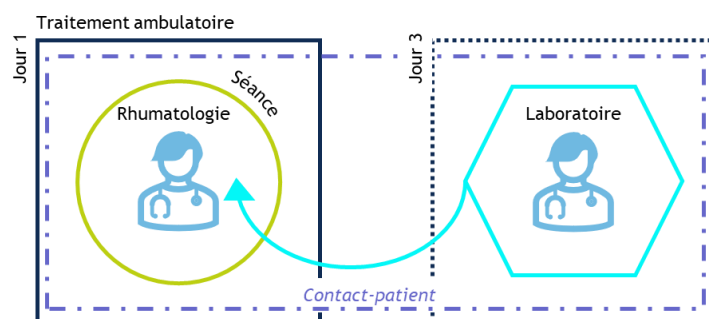
- **Un contact-patient, un *traitement ambulatoire*.** Les prestations de pathologie sont fournies sur l'échantillon et sont donc regroupées en un contact-patient avec la séance lors de laquelle l'analyse a été demandée.



Exemple 4 relatif à la clarification 5

Les analyses de laboratoire du prélèvement sanguin ne sont réalisées que deux jours après la séance lors de laquelle l'analyse a été demandée.

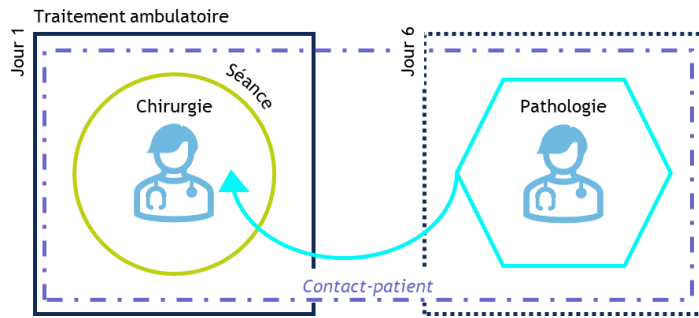
- **Un contact-patient, un *traitement ambulatoire*.** Les prestations de laboratoire sont regroupées en un contact-patient avec la *séance* lors de laquelle l'analyse a été demandée, même si les prestations ont été fournies deux jours après la séance lors de laquelle l'analyse a été demandée.



Exemple 5 relatif à la clarification 5

L'échantillon tissulaire résultant de la biopsie des reins est envoyé au service de pathologie. Il est analysé et interprété cinq jours plus tard.

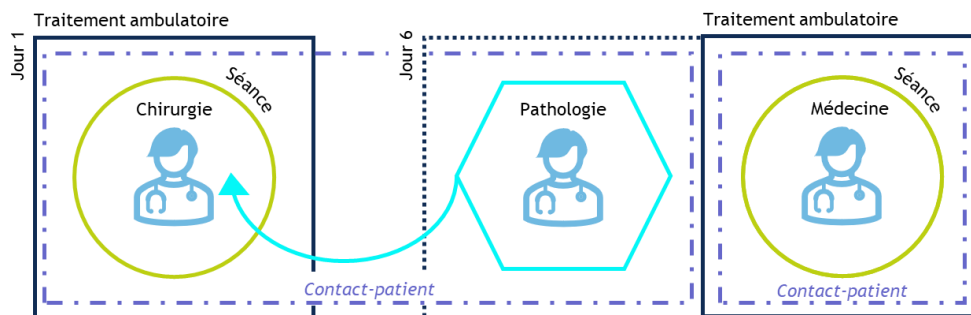
- **Un contact-patient, un *traitement ambulatoire*.** Les prestations de pathologie sont regroupées en un contact-patient avec la *séance* lors de laquelle l'analyse a été demandée.



Exemple 6 relatif à la clarification 5

Le patient se présente le matin dans le service de médecine interne pour discuter de ses symptômes de vertige. Le même jour, l'échantillon obtenu par une ponction à l'aiguille fine de la thyroïde est analysé. La ponction a eu lieu **cinq jours auparavant**.

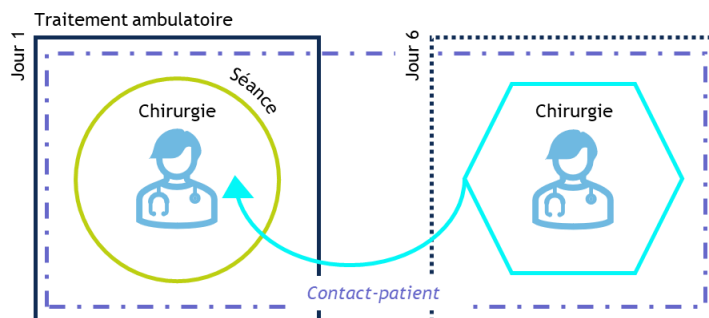
- ➔ Les prestations de pathologie sont regroupées en un **contact-patient** avec la **séance** lors de laquelle la ponction à l'aiguille fine a été demandée et comptent comme un **traitement ambulatoire**. La séance de la médecine interne compte comme propre **contact-patient** et propre **traitement ambulatoire**.



Exemple 7 relatif à la clarification 5

Le chirurgien répond **cinq jours après** l'intervention par e-mail à plusieurs questions du patient concernant la suite du traitement.

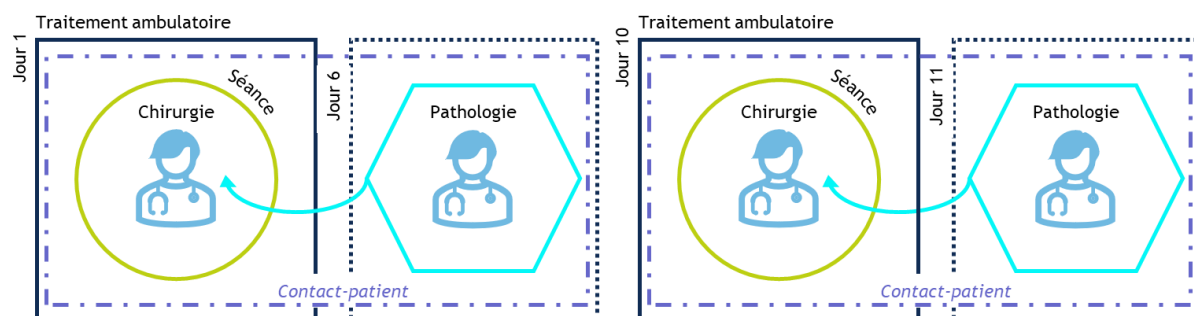
- ➔ Un contact-patient, un traitement ambulatoire. Les prestations dans le cadre de l'e-mail sont regroupées avec la **séance précédente** en un **contact-patient**. Elles comptent donc comme un **traitement ambulatoire**.



Exemple 8 relatif à la clarification 5

L'échantillon tissulaire résultant de la biopsie des reins est envoyé au service de pathologie. Il est analysé et interprété cinq jours plus tard. Lors du contrôle de suivi neuf jours plus tard chez le chirurgien, une analyse du même échantillon est une nouvelle fois demandée auprès du service de pathologie.

→ **Deux contacts-patient, deux traitements ambulatoires.** Les prestations de pathologie sont regroupées avec la **séance précédente respective**.



Clarification 19 relative au chapitre 4.1 - Définition des prestations attribuées

Les prestations attribuées (selon l'annexe B, chapitre 4.1) sont marquées dans le CPTMA et le catalogue TARDOC. L'ensemble des prestations de la liste des analyses sont également considérées comme des prestations attribuées. Il n'y a pas d'autres prestations qui sont considérées comme des prestations attribuées.

Exemple 1 relatif à la clarification 19

Trois jours après la séance, le cardiologue rédige le rapport relatif au traitement effectué à l'intention du médecin de famille prescripteur. Le rapport est saisi avec la position CPTMA AA.25.0010. Celle-ci est désignée comme prestation attribuée dans le CPTMA.

Clarification 20 relative au chapitre 4.1 - Système de règles des prestations attribuées

La formulation dans l'alinéa 2 doit être interprétée comme si les mots en caractères gras avaient été ajoutés. Les **ou** marqués en bleu dans les alinéas 2 et 4 correspondent sur le plan technique à inclus ou (OR).

Alinéa 2:

Les prestations de pathologie et de laboratoire sur l'échantillon sont attribuées au contact-patient durant lequel le prélèvement a été effectué ou l'analyse a été mandatée, indépendamment du fait qu'elles aient été fournies par le même ou un autre fournisseur de prestations. Si un mandat consécutif ne nécessitant pas le prélèvement d'un nouvel échantillon est donné au laboratoire/au service de pathologie jusqu'au jour précédant la séance suivante avec le même fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire **ou** jusqu'au maximum 30 jours **après le contact-patient durant lequel le prélèvement a été effectué ou l'analyse a été mandatée**, les prestations de laboratoire/de pathologie sont attribuées au même contact-patient. Si une séance a lieu le jour de l'octroi du deuxième mandat (p. ex. consultation), les prestations de laboratoire/pathologie sont

attribuées à ce contact-patient avec la date du deuxième mandat, même si aucun prélèvement n'a été effectué.

Alinéa 4:

D'autres prestations en l'absence du patient sont attribuées au contact-patient précédent jusqu'à la veille de la séance suivante avec le même fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire **ou** jusqu'au maximum 30 jours après la première séance. Sont exceptées les prestations demandées par les assureurs (cf. TARDOC: AA.15.0090, CA.15.0140 et EA.00.0210).

Clarification 24 relative au chapitre 4.1 - Prestations attribuées lors du passage de l'année 2025 à l'année 2026

Les prestations attribuées qui sont fournies pendant l'année d'introduction 2026, mais qui devraient être attribuées à une séance en 2025 sont exclues de l'attribution.

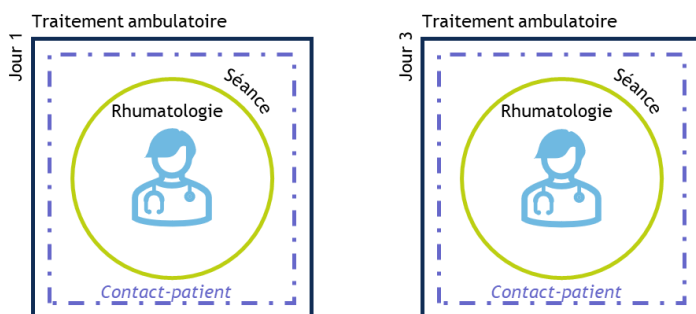
Clarification 6 relative au chapitre 5 - Définition du traitement ambulatoire par jour civil

La rencontre entre le patient et le *fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire* sur des jours différents engendre différents traitements ambulatoires.

Exemple 1 relatif à la clarification 6

Le patient a un rendez-vous chez le rhumatologue le jour 1. Un contrôle est convenu le jour 3 en raison du tableau clinique aigu.

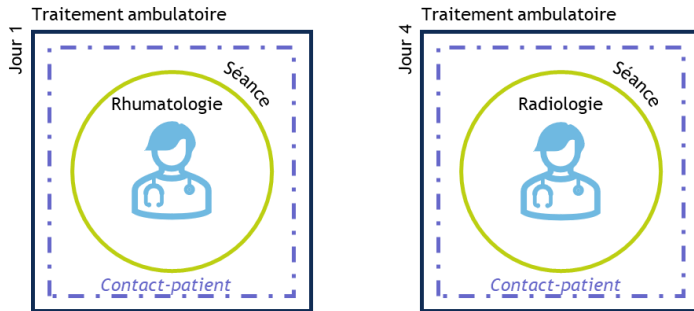
→ Deux traitements ambulatoires, parce que deux contacts-patient sur deux jours civils différents.



Exemple 2 relatif à la clarification 6

Le radiologue inscrit un patient souffrant de maux de dos à un examen IRM. Cette IRM est réalisée **trois jours plus tard**.

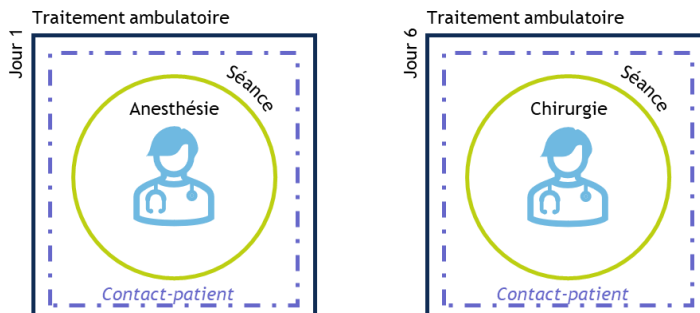
→ **Deux traitements ambulatoires**, parce que **deux** contacts-patient sur **deux** jours civils **différents**.



Exemple 3 relatif à la clarification 6

Un patient se rend **cinq jours avant** l'opération d'une hernie à la consultation d'anesthésiologie.

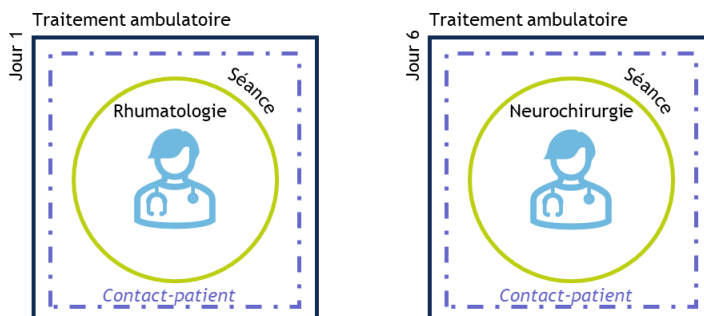
→ **Deux traitements ambulatoires**, parce que **deux** contacts-patient sur deux jours civils **différents**.



Exemple 4 relatif à la clarification 6

Le rhumatologue organise un consilium avec un neurochirurgien. Le consilium se déroule **cinq jours plus tard**.

→ **Deux traitements ambulatoires**, parce que le consilium n'a **pas** lieu le même jour civil que la séance de rhumatologie.



Clarification 7 relative au chapitre 5 - Définition du traitement ambulatoire au-delà de minuit

Si un patient est en traitement au-delà de minuit (critère «règle de minuit» rempli), mais qu'il n'occupe pas de lit (critère «occupation d'un lit» pas rempli), les **contacts-patient** de deux jours civils consécutifs sont regroupés en un traitement ambulatoire. Lorsqu'un forfait ambulatoire est facturé, la date de sortie vaut comme date de traitement. Si les prestations sont facturées par le biais du tarif à la prestation, la date de la séance respective vaut comme date de traitement.

Si une séance dure au-delà de minuit, la date de sortie vaut comme date de traitement. En cas de changement de l'assureur, la facture est par conséquent envoyée au nouvel assureur.

Pour la radio-oncologie vaut par ailleurs:

Si les activités préparatoires (voir la liste en annexe) sont réalisées au cours de l'année qui s'achève et que l'irradiation se déroule ensuite au cours de la nouvelle année, ces prestations sont considérées, au sens de la définition susmentionnée, comme un contact-patient. Les principes suivants s'appliquent:

- Les activités préparatoires et l'irradiation sont considérées comme un contact-patient.
- La date de l'irradiation est déterminante pour la date de traitement.
- L'ensemble du traitement est facturé selon le tarif valable au moment de l'irradiation.

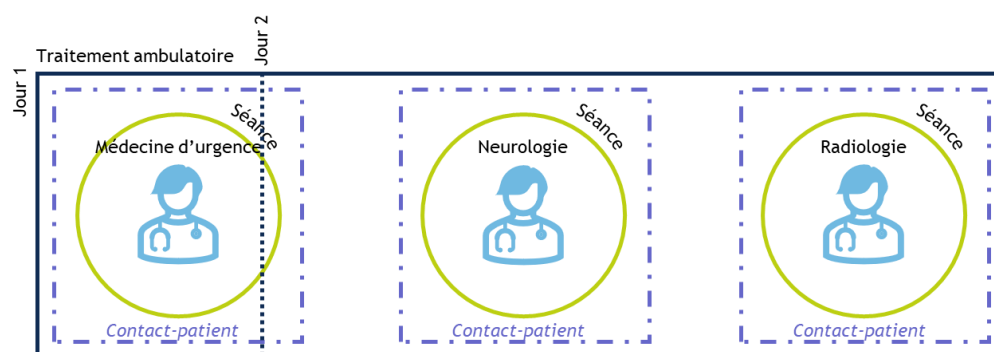
Passage de l'année 2025 à l'année 2026 (introduction du nouveau système tarifaire ambulatoire global)

Lors du passage de l'année 2025 à l'année 2026, aucun contact-patient au-delà de minuit ne sera regroupé en un traitement ambulatoire.

Exemple 1 relatif à la clarification 7

Après avoir fait une chute sur la tête, le patient consulte les urgences avant minuit. Après l'examen par le médecin urgentiste, il est fait appel à un neurologue après minuit et un CT du crâne est réalisé.

→ **Un traitement ambulatoire**, parce que les **diagnostics des trois contacts-patient** et services spécialisés conduisent au **même groupe de diagnostics**¹ et qu'il s'agit d'un **traitement ambulatoire** au-delà de minuit sans occupation d'un lit.



¹ L'attribution des diagnostics aux groupes de diagnostics peut être consultée dans le manuel de définition CIM-10 GM ou le chapitre (p. ex. A. Système cardio-vasculaire) du code tessinois.

Exemple 2 relatif à la clarification 7

La patiente se présente le matin à son contrôle de grossesse en raison de douleurs dans le bas-ventre. Ensuite, elle rentre chez elle. Le soir, les douleurs s'intensifient nettement, raison pour laquelle elle se rend aux urgences avant minuit. Aux urgences (sans occupation d'un lit), elle est soignée par une gynécologue. La patiente peut rentrer chez elle après minuit, mais doit se présenter pour un contrôle de suivi le matin même. Les diagnostics des trois contacts-patient conduisent au même groupe de diagnostic.

- **Deux traitements ambulatoires**, parce que le premier contact-patient a lieu un autre jour et ne remplit pas le «critère de minuit». Les contacts-patient 2 et 3 sont regroupés en **un traitement ambulatoire**, parce qu'ils ont lieu le même jour.

Clarification 8 relative au chapitre 5 - Définition du traitement ambulatoire sur un jour civil

Un fournisseur de prestations selon la LAMal est défini par le numéro RCC.

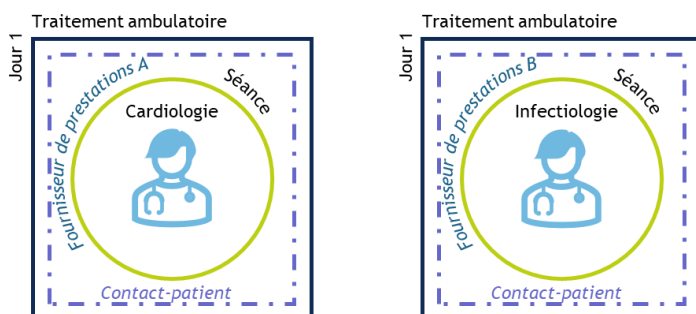
Les contacts-patient chez différents fournisseurs de prestations selon la LAMal le même jour civil ne sont pas regroupés, et par conséquent facturés séparément par chaque fournisseur de prestations.

Sont exceptés les contacts-patient qui incluent des prestations qui sont liées les unes aux autres. Les prestations des deux séances ne peuvent pas être fournies séparément et comptent comme un traitement ambulatoire.

Exemple 1 relatif à la clarification 8

Le patient a le même jour civil un contrôle chez le cardiologue au cabinet et un contrôle chez l'infectiologue à l'hôpital.

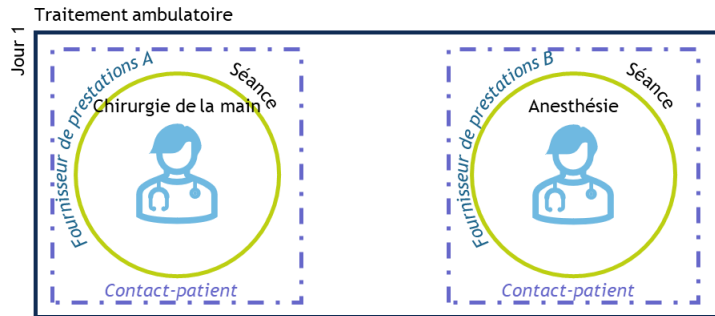
- **Deux traitements ambulatoires**, parce que deux fournisseurs de prestations selon la LAMal qui ne sont pas directement liés.



Exemple 2 relatif à la clarification 8

Le chirurgien de la main en cabinet fait appel à un anesthésiste en pratique privée pour une intervention sous anesthésie dans son cabinet.

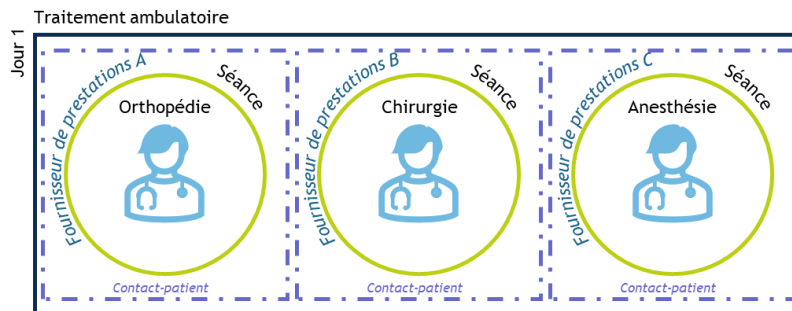
→ **Un traitement ambulatoire**, parce que les prestations des deux séances sont liées les unes aux autres. L'opération ne pourrait pas être réalisée sans l'anesthésie.



Exemple 3 relatif à la clarification 8

Le chirurgien orthopédiste, en tant que médecin agréé, procède à l'hôpital à la pose d'une prothèse totale de la hanche. L'anesthésiste et le personnel infirmier du service de chirurgie prennent en charge le patient avant, pendant et après l'opération.

→ **Un traitement ambulatoire**, parce que les prestations des séances sont liées les unes aux autres. L'opération ne pourrait pas être réalisée sans l'anesthésie et les soins.



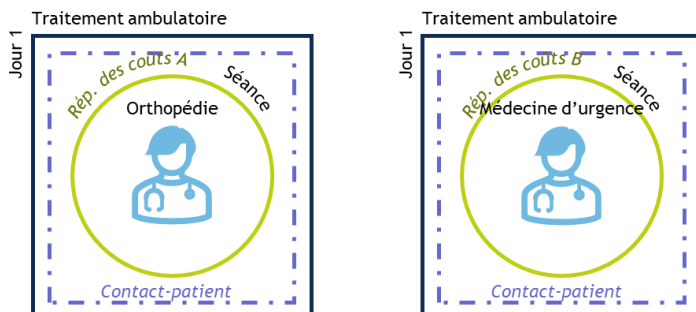
Clarification 9 relative au chapitre 5 - Différents répondants des coûts

Les **contacts-patient** avec **différents répondants des coûts** sont exemptés du regroupement pour des **diagnostics** qui sont groupés dans le **même groupe de diagnostics**. Ceux-ci comptent comme **deux traitements ambulatoires**.

Exemple 1 relatif à la clarification 9

Le patient se présente le matin dans le service d'orthopédie pour un contrôle de suivi après la pose de la prothèse totale de la hanche et l'après-midi aux urgences parce qu'il s'est foulé le pied.

→ **Deux traitements ambulatoires**, parce que **deux répondants des coûts différents**, bien que les **diagnostics** des deux contacts-patient soient groupés dans le **même groupe de diagnostics**.



Remarque: les **deux traitements ambulatoires** sont facturés à la charge des assureurs sociaux respectifs.

Exemple 2 relatif à la clarification 9

La patiente est âgée de 70 ans et a conclu l'assurance-accidents auprès de l'assurance-maladie. Elle se présente le matin dans le service d'orthopédie pour un contrôle de suivi après la pose de la prothèse totale de la hanche et l'après-midi aux urgences parce qu'elle s'est foulée le pied. Les deux contacts-patient relèvent donc du même répondant des coûts, mais pour des raisons de traitement différents. Les contacts-patient ne sont pas regroupés lorsqu'il s'agit de motifs de traitement différents. Sont réputés motifs de traitement la maladie, les infirmités congénitales, l'accident, la maternité et la prévention.

Justification: Le motif du traitement doit être indiqué sur la facture conformément à l'annexe H. Si les deux contacts-patient étaient regroupés, il faudrait attribuer le traitement ambulatoire à l'un ou l'autre motif de traitement.

Le graphique suivant auquel ce nœud de décision a été ajouté précise le graphique dans l'annexe B (Modalités d'application), page 5:



Clarification 10 relative au chapitre 5 - Définition du traitement ambulatoire après groupement du diagnostic dans le même groupe de diagnostics

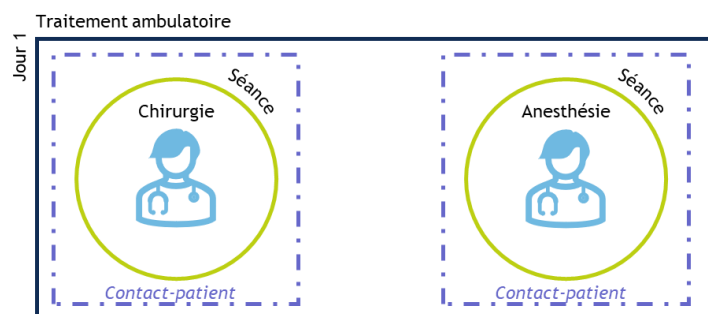
Deux contacts-patient auprès du même fournisseur de prestations selon l'art. 35 al. 2 let. h ou l'art. 35 al. 2 let. n LAMal le même jour sont regroupés en un traitement ambulatoire, si leurs *diagnostics* sont groupés dans le même groupe de diagnostics².

Le groupement du *diagnostic* dans le *groupe de diagnostics* est déterminant, pas le groupement éventuellement divergent se référant à la procédure.

Exemple 1 relatif à la clarification 10

L'anesthésie pour une circoncision fait partie du **traitement ambulatoire**.

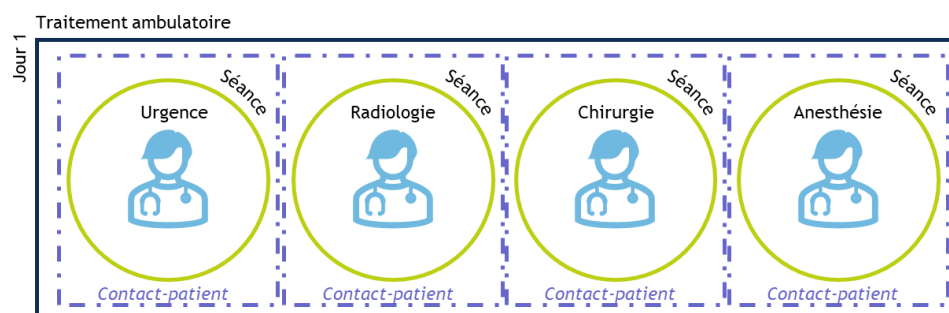
→ Un traitement ambulatoire, parce que les *diagnostics* des deux séances conduisent au même groupe de diagnostics.



Exemple 2 relatif à la clarification 10

Le patient se présente aux urgences avec une fracture de l'avant-bras. Après la radiographie, le chirurgien orthopédiste réalise un embrochage.

→ Un traitement ambulatoire, parce que les *diagnostics* de tous les contacts-patient des quatre services spécialisés conduisent au même groupe de diagnostics.

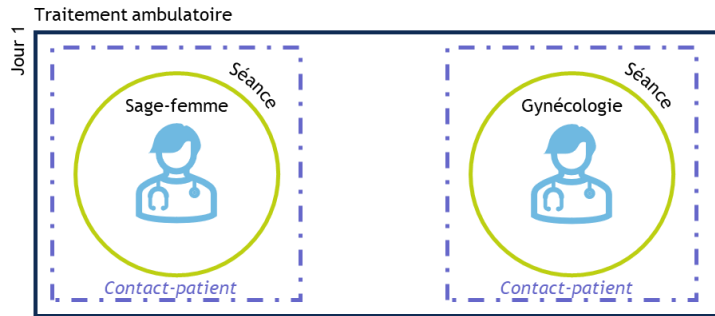


² Il s'agit du même groupe de diagnostics si les diagnostics sont groupés dans le même capitulum du catalogue des forfaits ambulatoires. Dans le code tessinois, le chapitre (p. ex. A. Système cardio-vasculaire) fait figure de groupe de diagnostics.

Exemple 3 relatif à la clarification 10

La patiente se rend à un contrôle de grossesse chez une sage-femme et ensuite chez le même fournisseur de prestations selon la LAMal à un examen échographique chez sa gynécologue.

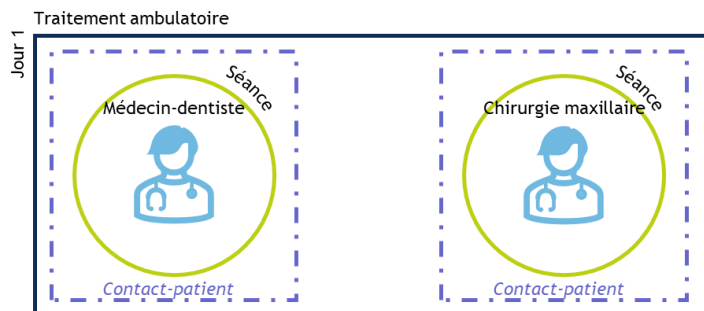
→ **Un traitement ambulatoire**, parce que les **diagnostics** des deux services spécialisés conduisent au **même groupe de diagnostics**.



Exemple 4 relatif à la clarification 10

Le contrôle de suivi après l'opération de la mâchoire est réparti entre le médecin-dentiste et le chirurgien maxillo-facial.

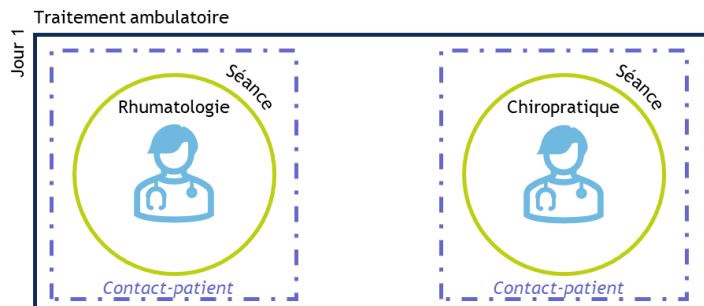
→ **Un traitement ambulatoire**, parce que les **diagnostics** des contacts-patient des deux services spécialisés conduisent au **même groupe de diagnostics**.



Exemple 5 relatif à la clarification 10

Le patient se rend pour un traitement chez le rhumatologue et le même jour (auprès du même fournisseur de prestations selon la LAMal) chez le chiropraticien.

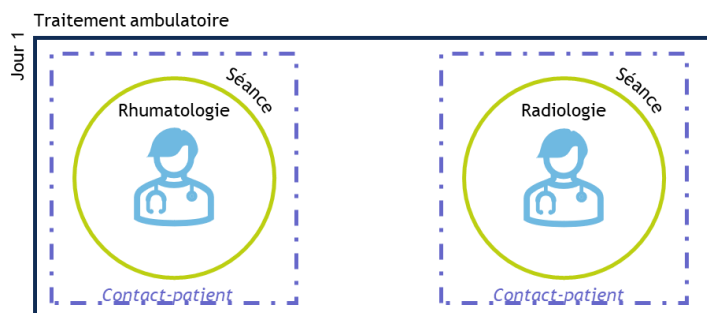
→ **Un traitement ambulatoire**, parce que les **diagnostics** des contacts-patient des deux services spécialisés conduisent au **même groupe de diagnostics**.



Exemple 6 relatif à la clarification 10

Le radiologue inscrit un patient souffrant de maux de dos à un examen IRM. Cette IRM est réalisée le même jour en raison d'une suspicion d'un syndrome de la queue-de-cheval (chez le même fournisseur de prestations selon la LAMal).

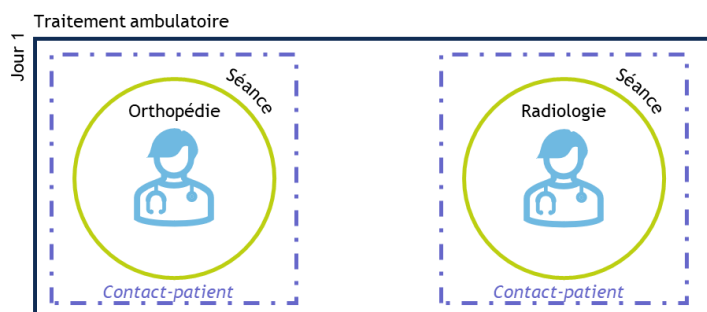
→ **Un traitement ambulatoire**, parce que les **diagnostics** des contacts-patient des deux services spécialisés conduisent au **même groupe de diagnostics**.



Exemple 7 relatif à la clarification 10

Le patient est opéré pour une fracture qui est traitée par ostéosynthèse. Comme il s'agit d'une réduction complexe, le radiologue réalise des radiographies de contrôle pendant l'opération.

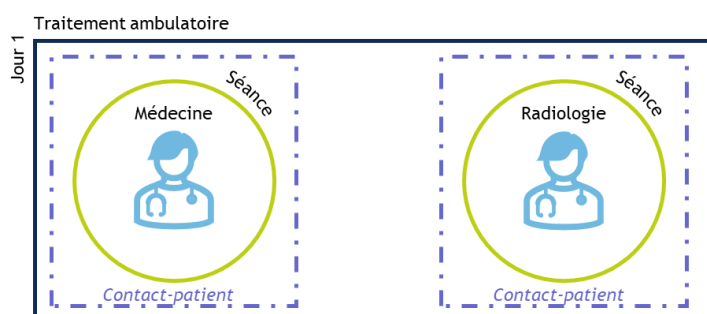
→ **Un traitement ambulatoire**, parce que les **diagnostics** des contacts-patient des deux services spécialisés conduisent au **même groupe de diagnostics**.



Exemple 8 relatif à la clarification 10

Une radiographie du thorax est réalisée chez un patient en médecine interne (suspicion de pneumonie).

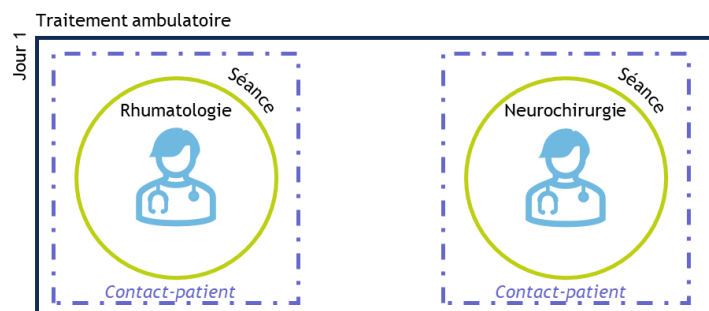
→ **Un traitement ambulatoire**, parce que les **diagnostics** des contacts-patient des deux services spécialisés conduisent au **même groupe de diagnostics**.



Exemple 9 relatif à la clarification 10

Le rhumatologue organise un consilium avec un neurochirurgien. Le consilium a lieu le même jour (parce qu'il est immédiatement nécessaire pour déterminer la suite du traitement).

- Un traitement ambulatoire, parce que les **diagnostics** des contacts-patient des deux services spécialisés conduisent au **même groupe de diagnostics**. Cette réglementation vaut aussi si le médecin consultant est un médecin agréé.



Clarification 22 relative au chapitre 5 - Définition du traitement ambulatoire après groupement du diagnostic dans le même groupe de diagnostics

La note de bas de page 1 à la page 4 dans l'annexe B (Modalités d'application) est précisée comme suit: Il s'agit du même groupe de diagnostics si les diagnostics sont groupés dans le même capitulum du catalogue des forfaits ambulatoires. Dans le code tessinois, le chapitre (p. ex. A. Système cardio-vasculaire) fait figure de groupe de diagnostics.

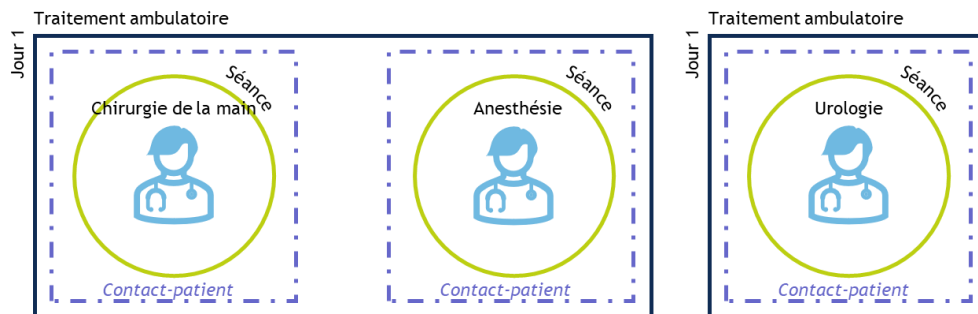
Clarification 11 relative au chapitre 5 - Interventions combinées pendant l'anesthésie réalisée par l'anesthésiste

Pour les interventions combinées pendant une anesthésie par l'anesthésiste, le **contact-patient** de l'anesthésiologie doit saisir le **diagnostic** qui a motivé le séjour et qui présente le plus grand investissement de moyens médicaux (cf. directives pour la saisie des prestations ambulatoires). Le **contact-patient** de l'anesthésiologie est de ce fait regroupé en un traitement ambulatoire avec le **contact-patient** qui a motivé le séjour.

Exemple 1 relatif à la clarification 11

Chez un enfant, on retire le matériel d'ostéosynthèse et procède également à une circoncision pendant l'anesthésie réalisée par l'anesthésiste. Le **contact-patient** du service spécialisé d'anesthésiologie détermine le codage du **diagnostic** qui a initialement motivé le séjour et présente le plus grand investissement de moyens médicaux.

→ **Deux traitements ambulatoires**, parce que les **diagnostics** des deux services spécialisés chirurgicaux conduisent à **différents groupes de diagnostics** et que le service spécialisé d'anesthésiologie présente le **même diagnostic** que la séance du service spécialisé de chirurgie de la main.



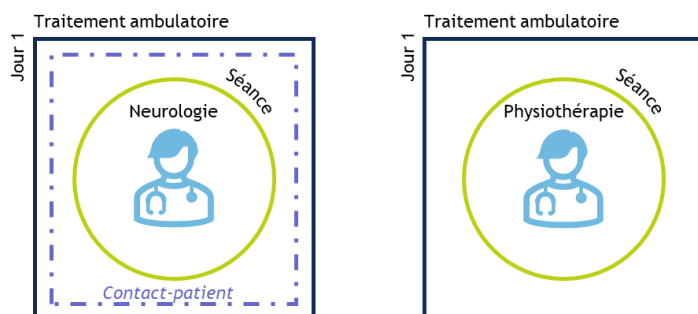
Clarification 12 relative au chapitre 5 - Pas de regroupement

Les services spécialisés qui fournissent des prestations sur ordre du médecin sont, lorsque cela concerne le **même diagnostic**, exemptés du regroupement des contacts-patient en un traitement ambulatoire.

Exemple 1 relatif à la clarification 12

Le contrôle à six mois d'une affection SEP a lieu le matin chez le neurologue. L'après-midi, le patient a une séance de physiothérapie en raison d'une fracture à la main.

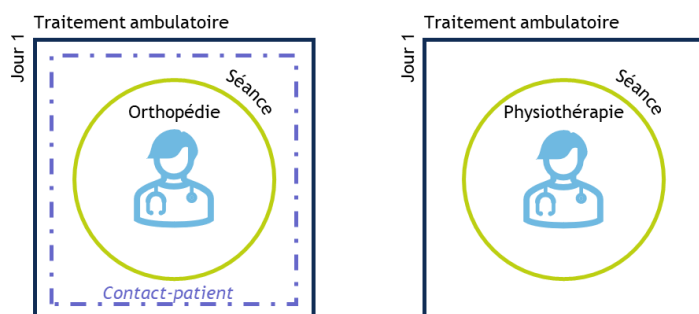
→ **Deux traitements ambulatoires**, parce qu'**un fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire** (physiothérapie) fournit des prestations sur ordre du médecin.



Exemple 2 relatif à la clarification 12

Le patient subi une arthroscopie du genou et ensuite, en clinique de jour, un premier traitement de physiothérapie.

- ➔ Le contact-patient de l'orthopédie et la séance de physiothérapie ne sont pas regroupés en un *traitement ambulatoire*, bien qu'ils relèvent du même diagnostic. La physiothérapie est un **service spécialisé** qui fournit des prestations sur ordre du médecin.

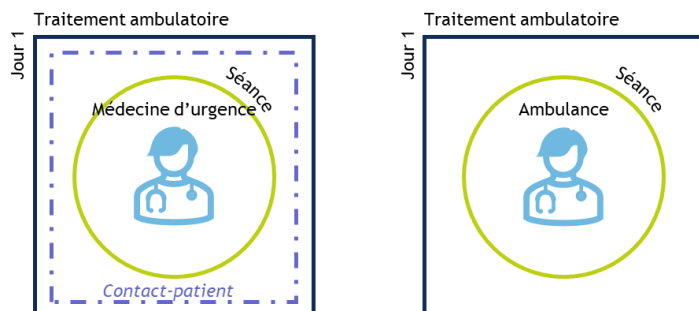


Remarque: Une ordonnance ambulatoire est requise pour le traitement de physiothérapie.

Exemple 3 relatif à la clarification 12

L'ambulance conduit le patient de son domicile à l'hôpital où il est pris en charge aux urgences.

- ➔ Le contact-patient de la médecine d'urgence et la prestation de l'ambulance ne sont pas regroupés en un traitement ambulatoire, bien qu'ils relèvent du même diagnostic. Comme le **transport du patient** est effectué par un fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire qui fournit ses prestations sur ordre du médecin, cela compte comme deux **traitements ambulatoires**.



Clarification 29 relative au chapitre 5 - Activités préparatoires à l'irradiation en radio-oncologie

La définition des prestations préparatoires à l'irradiation dans l'annexe B, chapitre 5, chiffre 8 n'est pas exhaustive et ne mentionne pas explicitement les prestations CPTMA qui comptent comme prestations préparatoires.

Pour garantir une application uniforme de l'annexe B, chapitre 5, chiffre 8, les partenaires tarifaires ont établi pour l'année 2026, sur la base du CPTMA v1.0c, une liste exhaustive des prestations préparatoires à l'irradiation.

NCP	Description
C00.BA.0010	"Imagerie de planification par tomographie informatisée (CT)"
C00.BA.0020	"Imagerie de planification par résonance magnétique (MRI)"
C00.BA.0030	"Préparation et finition radiothérapeutique pour l'imagerie de planification"
C00.BA.0040	"Positionnement standard du patient"
C00.BA.0050	"Positionnement individuel du patient"
C00.BA.0060	"Positionnement complexe du patient"
C00.BA.0070	"Plan d'irradiation, unidimensionnel et bidimensionnel, par phase et par volume"
C00.BA.0080	"Plan d'irradiation, tridimensionnel, par phase et par volume"
C00.BA.0100	"Plan d'irradiation pour la radiothérapie stéréotaxique, par phase et par volume (tridimensionnel, géométrico-stéréotaxique, assisté par ordinateur)"
C00.BA.0110	"Confection de blocs de protection, par phase"
C00.BA.0120	"Confection de blocs de protection personnalisés, par phase"
C00.BA.0130	"Simulation d'un volume de traitement, premier volume"

Clarification 23 relative au chapitre 6.2 - Changement de la structure tarifaire du TARMED au TARDOC / Passage de l'année 2025 à l'année 2026

Les limitations de la quantité par unité de temps (p. ex. 2x par 30 jours) sur les positions tarifaires ne sont ni transférées du TARMED au TARDOC ni maintenues. Les limitations de la quantité ne sont contrôlées qu'au sein de la structure tarifaire correspondante.

Les limitations imposées par la loi (limitations OPAS) s'appliquent au-delà de la structure tarifaire (p. ex. examen gynécologique, Dexa).

Clarification 13 relative à la définition du cas tarifaire

Pour les traitements ambulatoires qui sont facturés selon le tarif forfaitaire par patient, le traitement ambulatoire correspond au cas administratif dans la comptabilité analytique REKOLE®. Pour le tarif forfaitaire par patient, le cas administratif est donc assimilé au cas tarifaire.

Clarification 14 relative au traitement par stomie

Le conseiller/la conseillère en stomie n'est pas un fournisseur de prestations selon la LAMal, raison pour laquelle il/elle n'est pas considéré/e comme un service spécialisé séparé.

Clarification 15 relative aux chapitres 5.1 et 5.2 - Produits sanguins labiles et stables

Les produits sanguins labiles et stables comprennent les articles suivants³:

Produits sanguins labiles et stables
Concentrés d'érythrocytes
Concentrés de thrombocytes
Concentrés de thrombocytes orientés sur le patient
Lymphocytes
Leucocytes
Concentrés de granulocytes
Fresh Frozen Plasma (FFP)

³ Source: SwissDRG (2024): Liste des articles pour l'imputation obligatoire des coûts directs (données 2024)

Clarification 16 relative aux chapitres 6.1 et 6.2 - Implants

Les implants comprennent les articles suivants⁴:

Appareil locomoteur
Endoprothèses de la hanche
Endoprothèses de genou
Endoprothèses de tumeur
Endoprothèses modulaires et prothèses sur mesure
Clou d'ostéosynthèse intramédullaire destiné à l'écartement
Implants de colonne vertébrale
Implants du bassin
Ciment osseux
Transplants osseux de remplacement
Greffe de cartilage articulaire (par ex. chondrocytes autologues sur matrice dans une articulation)
Matériel d'ostéosynthèse: vis, clous, plaques (dès 50 CHF)
Cœur et vaisseaux
Cœur artificiel et accessoires
Système d'accès vasculaire totalement implantable (VAD) avec accessoires
Ballonnet de contre-pulsation intra-aortique (IABP) / pompe microaxiale avec accessoires
Endoprothèses (stents grafts)
Stents coronaires à élution médicamenteuse (SEM)
Autres stents coronaires
Stimulateur cardiaque et accessoires
Défibrillateurs et accessoires
Endoprothèses
Systèmes d'accès veineux
Coils/parapluies/plugs
Valves cardiaques (matières organiques aussi)
Tractus gastro-intestinal
Anneau gastrique
Extenseurs
Prothèse auto-expansible
Crâne
Implants crâne et os de la face
Plaquettes de reconstruction mâchoire
Détracteurs Ramus

⁴ Source: SwissDRG (2024): Liste des articles pour l'imputation obligatoire des coûts directs (données 2024)

Systeme nerveux
Neurostimulateur et accessoires
Implants cochléaires
Œil
Lentilles
Peau
Prothèses mammaires
Matières artificielles de substitution de la peau
Sphincter artificiel de la vessie
Prothèse pénienne
Médecine nucléaire
Seeds
Autres dispositifs médicaux implantables
Stimulateurs périphériques avec accessoires
Stimulateur du diaphragme et accessoires
Pompes à médicaments implantables et accessoires
Autres
Vannes endobronchiques
Filet réparateur de défaut (par ex. filet herniaire)
Prothèses trachéobronchiques

Clarification 26 relative au chapitre 6.1 - Primauté du groupeur

En cas de résultats de groupement divergents, le résultat de groupement selon la spécification du groupeur prime (fichier json). La spécification du groupeur valable à la date de la fourniture des prestations est déterminante.

Clarification 30 relative au chapitre 6.1 - Facturation multiple d'un forfait ambulatoire

Seul un forfait (nombre 1) peut être facturé par traitement ambulatoire (groupement).

Les prestations multiples, par exemple parce qu'elles concernent les deux côtés, ne changent rien à ce principe, étant donné qu'elles sont déjà prises en compte dans un forfait lors du groupement. Une facturation supplémentaire du même forfait ou d'un autre forfait pour le même traitement ambulatoire ne autorisée ni par le biais d'une séance séparée, d'un traitement ambulatoire séparé (groupement), d'une facturation séparée ni sous une autre forme.

Clarification 17 relative au chapitre 6.2 - Facturation d'un traitement ambulatoire selon le tarif à la prestation TARDOC

Les traitements ambulatoires qui ne comprennent que des prestations individuelles dans le catalogue de prestations des tarifs médicaux ambulatoires (ci-après CPTMA) sont facturés selon le TARDOC.

Les positions tarifaires et les prestations pouvant être facturées séparément constituent de manière exhaustive les prestations facturables pour l'ensemble du traitement ambulatoire.

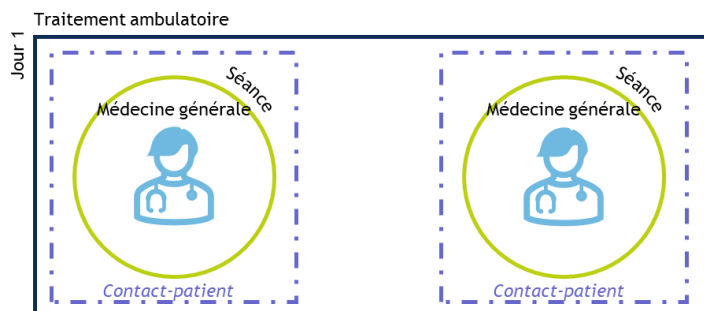
Les prestations pouvant être facturées séparément sont, sauf réglementation contraire dans les interprétations de chapitres ou les interprétations médicales, les suivantes:

- les produits sanguins labiles et stables selon le prix de revient, la liste des médicaments avec le tarif (LMT) ou la liste des spécialités (LS);
- les médicaments selon la liste des spécialités (LS);
- les analyses de laboratoire dans le laboratoire du cabinet selon la liste des analyses (LA);
- les instruments, appareils, dispositifs, matériels, substances et implants utilisés seuls ou en combinaison au prix de revient et selon la définition générale DG-07.

Exemple 1 relatif à la clarification 17

Un patient consulte le médecin de famille (cabinet individuel) le matin en raison d'un fort refroidissement. L'après-midi, il consulte une deuxième fois le même médecin en raison de douleurs dans le bas-ventre.

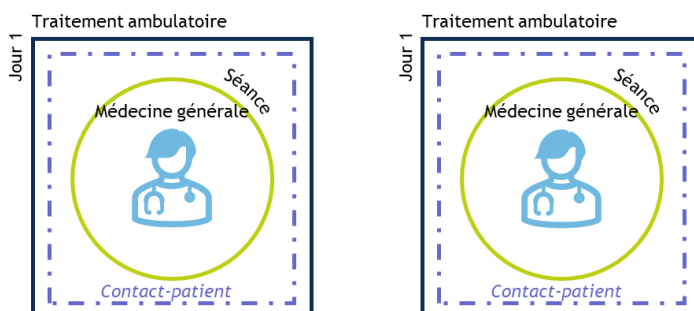
→ **Deux** séances, **un traitement ambulatoire**. La limitation de la quantité de 20 minutes sur les positions de la consultation s'applique séparément aux deux séances.



Exemple 2 relatif à la clarification 17

Un patient consulte le médecin de famille (cabinet individuel) le matin en raison d'un fort refroidissement. L'après-midi, il consulte une deuxième fois le même médecin en raison d'une entorse qu'il s'est faite dans l'intervalle.

→ **Deux** séances, **deux traitements ambulatoires**. Deux répondants des coûts **différents** sont impliqués.



Complément: Un enfant de 4 ans qui a conclu la couverture accidents par le biais de l'assurance-maladie se présente à un contrôle chez le pédiatre en raison d'une inflammation répétée des amygdales. L'après-midi, l'enfant se coupe le doigt, raison pour laquelle il doit retourner le même jour chez le pédiatre.

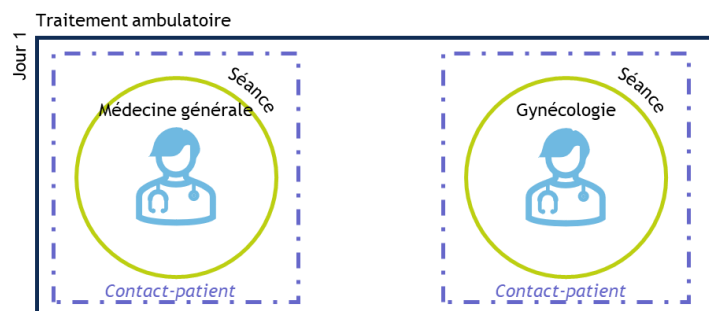
Les deux contacts-patient sont payés par la même assurance, mais pour des motifs de traitement différents.

Les contacts-patient ne sont pas regroupés lorsqu'il s'agit de deux motifs de traitement différents. Sont réputés motifs de traitement la maladie, l'accident, la maternité et la prévention. Le graphique dans l'exemple 2 relatif à la clarification 9 remplace le graphique dans l'annexe B (Modalités d'application), page 5.

Exemple 3 relatif à la clarification 17

Une patiente consulte le matin le cabinet de groupe (institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins) où elle se fait examiner par le médecin du service spécialisé de médecine interne générale en raison de douleurs dans le bas-ventre. L'après-midi, la patiente se présente pour une nouvelle consultation en raison des mêmes maux dans le même cabinet chez le gynécologue (service spécialisé de gynécologie et obstétrique) et se fait examiner par ce dernier.

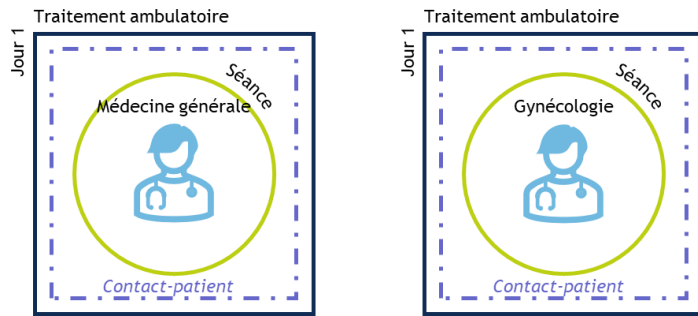
→ **Deux** séances, **un traitement ambulatoire**. La limitation de la quantité de 20 minutes sur les positions de la consultation s'applique séparément aux deux séances.



Exemple 4 relatif à la clarification 17

Une patiente consulte le matin le cabinet de groupe (institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins) où elle se fait examiner par le médecin du service spécialisé de médecine interne générale en raison d'un refroidissement. L'après-midi, la patiente se présente dans le même cabinet pour une nouvelle consultation chez le gynécologue (service spécialisé de gynécologie et obstétrique) pour un examen de grossesse.

→ **Deux** séances, **deux traitements ambulatoires**, parce que les diagnostics ne sont **pas** groupés dans le **même** groupe de diagnostics. Les limitations s'appliquent séparément aux deux séances.



Exemple 5 relatif à la clarification 17

Un patient est soigné tout au long de l'année dans le cabinet de groupe par plusieurs médecins du même service spécialisé. Des prestations en l'absence du patient sont régulièrement fournies.

- ➔ Les limitations pour les prestations en l'absence du patient s'appliquent sur une base continue à l'ensemble des médecins du service spécialisé, indépendamment du diagnostic.

Exemple 6 relatif à la clarification 17

Une patiente est soignée dans le cabinet de groupe par son médecin de famille (service spécialisé de médecine interne générale) et également par sa gynécologue (service spécialisé de gynécologie et obstétrique). Des prestations en l'absence du patient sont régulièrement fournies tout au long de l'année.

- ➔ Les limitations pour les prestations en l'absence du patient s'appliquent sur une base continue et séparément pour les services spécialisés.

Clarification 28 relative au chapitre 6.3 - Autres tarifs médicaux ambulatoires

On entend par «autres tarifs médicaux ambulatoires» les tarifs médicaux ambulatoires qui tarifient les prestations qui ne sont pas représentés dans le système tarifaire ambulatoire global (TARDOC et forfaits ambulatoires).

Les contacts-patient comprenant des prestations d'un autre tarif médical ambulatoire sont exclus du regroupement selon le chapitre 5.

Clarification 18 relative aux traitements pressants et urgents dans la pratique privée

[Le contenu de la clarification 18 a été supprimé]

Annexe: Aperçu des clarifications

N°	Mot-clé	Première publication le	Dernière modification
1	Séance le jour d'entrée ou de sortie d'un séjour hospitalier	22.10.2024	
2	Définition du fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire	22.10.2024	
3	Soins en tant que fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire	22.10.2024	
4	Séance sans rencontre physique	22.10.2024	
5	Contact-patient	22.10.2024	
6	Définition du traitement ambulatoire par jour civil	22.10.2024	
7	Définition du traitement ambulatoire au-delà de minuit	22.10.2024	02.04.2026
8	Définition du traitement ambulatoire sur un jour civil	22.10.2024	08.08.2025
9	Différents répondants des coûts	22.10.2024	08.08.2025
10	Définition du traitement ambulatoire après groupement du diagnostic dans le même groupe de diagnostics	22.10.2024	
11	Interventions combinées pendant l'anesthésie réalisée par l'anesthésiste	22.10.2024	
12	Pas de regroupement	22.10.2024	
13	Définition du cas tarifaire	22.10.2024	
14	Traitement par stomie	22.10.2024	
15	Produits sanguins labiles et stables	22.10.2024	
16	Implants	22.10.2024	
17	Facturation d'un traitement ambulatoire selon le tarif à la prestation TARDOC	22.10.2024	28.11.2025
18	Traitements pressants et urgents dans la pratique privée	22.10.2024	08.08.2025 10.04.2025
19	Définition des prestations attribuées	10.04.2025	08.08.2025
20	Système de règles des prestations attribuées	10.04.2025	
21	Séance	10.04.2025	
22	Groupes de diagnostics	08.08.2025	
23	Changement de la structure tarifaire du TARMED au TARDOC / Passage de l'année 2025 à l'année 2026	21.10.2025	
24	Prestations attribuées lors du passage de l'année 2025 à l'année 2026	21.10.2025	
25	Définition de la séance	21.10.2025	
26	Primauté du groupeur	28.11.2025	
27	Sages-femmes en tant que fournisseurs de prestations dans le cadre ambulatoire	28.11.2025	
28	Autres tarifs	20.02.2026	
29	Activités préparatoires à l'irradiation en radio-oncologie	02.04.2026	
30	Facturation multiple d'un forfait ambulatoire	16.06.2026	