

Clarifications et exemples

Directives pour la saisie des prestations ambulatoires (annexe C)

Valable dès le: 1^{er} janvier 2026

État au: 20 mars 2026

Table des matières

Table des matières	1
Exemples	2
Chapitre 2 «Saisie du diagnostic»	2
Chapitre 2.1 «Saisie du diagnostic»	2
Chapitre 2.1.1 «Plusieurs prestations ou séances»	2
Chapitre 2.1.3 «Diagnostics présumés»	2
Chapitre 2.1.4 «Aigu vs. chronique»	3
Chapitre 2.1.5 «Maladies après des mesures médicales»	3
Chapitre 2.1.6 «Syndromes, néoplasies, maladies sous-jacentes»	4
Chapitre 3 «Saisie des prestations ambulatoires»	4
Saisie de prestations principales/additionnelles	5
Saisie du côté	5
Clarifications	6
Clarification 1 relative au chapitre 3 - Saisie du côté	6
Clarification 2 relative au chapitre 3 - Anesthésie dans les forfaits ambulatoires: différenciation selon le type d'anesthésie	6
Pour les traitements ambulatoires qui sont facturés selon le TARDOC, les positions tarifaires WA sont facturées avec la classe d'intervention (CI) qui correspond à la prestation de référence fournie.	6
Pour les forfaits ambulatoires, les prestations du médecin anesthésiste sont indemnisées avec le forfait et doivent, si elles sont pertinentes pour le groupement, figurer sur la facture. Comme aucune CI n'est attribuée aux prestations dans le CPTMA, cette distinction n'a pas lieu d'être. On opérera donc une distinction uniquement entre les deux catégories suivantes:	6
Annexe: Aperçu des exemples	7
Annexe: Aperçu des clarifications	8

Exemples

Chapitre 2 «Saisie du diagnostic»

Chapitre 2.1 «Saisie du diagnostic»

Exemple 1

Consultation avec diabète sucré type 2 (E11.6, n'est pas le motif principal) et arthropathie diabétique du genou pour arthroscopie de genou (M14.26 motif principal, diagnostic qui est le plus proche du traitement effectué en ce qui concerne l'organe ou la région du corps).

Diagnostic saisi: M14.26 Arthropathie diabétique, jambe

Exemple 2

Intervention pour extraction de la cataracte (H26.8, motif principal, diagnostic qui est le plus proche du traitement effectué en ce qui concerne l'organe ou la région du corps) en raison d'une malnutrition chronique (E43, n'est pas le motif principal).

Diagnostic saisi: H26.8 Autres cataractes précisées

Chapitre 2.1.1 «Plusieurs prestations ou séances»

Exemple 1

Intervention pour ostéosynthèse d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius en extension (S52.51, besoin en soins plus important) et fracture de la phalange (S62.62, besoin en soins moins important).

Diagnostic saisi: S52.51 Fracture de l'extrémité inférieure du radius, fracture en extension

Chapitre 2.1.3 «Diagnostics présumés»

Exemple 1

Consultation en raison de douleurs abdominales pour suspicion d'appendicite (K35.8, diagnostic présumé). L'appendicectomie laparoscopique effectuée sous anesthésie générale confirme le diagnostic présumé.

Diagnostic saisi: K35.8 Appendicite aiguë, sans précision

Exemple 2

Consultation en raison de douleurs au genou (M25.56) pour suspicion de déchirure du ménisque (S83.2, diagnostic présumé). Réalisation d'une arthroscopie du genou sous anesthésie générale. Le diagnostic présumé est exclu, aucun autre diagnostic n'est posé.

Diagnostic saisi: M25.56 Douleur articulaire, jambe

Exemple 3

Consultation en raison d'une adénopathie axillaire d'origine indéterminée pour une biopsie ganglionnaire percutanée sous anesthésie locale (R59.0, diagnostic présumé). Le résultat de la biopsie n'est pas connu au moment du codage.

Diagnostic saisi: R59.0 Adénopathies localisées

Exemple 4 Examen radiologique d'un patient pour suspicion d'embolie pulmonaire

Diagnostic saisi par la radiologie:

Scénario A - Le diagnostic présumé est confirmé par la radiologie: embolie pulmonaire (diagnostic confirmé)

Scénario B - Le diagnostic présumé est exclu par la radiologie et aucun autre diagnostic ne peut être confirmé: détresse respiratoire (code de symptôme)

Scénario C - Le diagnostic présumé est exclu par la radiologie, mais un autre diagnostic est posé (cancer du poumon): cancer du poumon (nouveau diagnostic confirmé)

Scénario D - Le diagnostic présumé n'est ni exclu ni confirmé par la radiologie: embolie pulmonaire (diagnostic présumé)

Chapitre 2.1.4 «Aigu vs. chronique»

Exemple 1

Consultation en raison d'une cholécystite avec cholélithiase chronique (K80.11) ainsi que d'une cholécystite aiguë sans indication d'une obstruction des voies biliaires (K.80.00). Admission pour examen CT suivi d'une cholécystectomie laparoscopique sous anesthésie générale.

Diagnostic saisi: K80.00 Calcul de la vésicule biliaire avec cholécystite aiguë sans indication d'une obstruction des voies biliaires

Exemple 2

Gastroscopie pour déterminer l'origine d'une anémie. La gastroscopie met en évidence un ulcère de l'estomac aigu avec hémorragie (K25.0) ainsi qu'un ulcère chronique sans hémorragie (K25.7). L'hémorragie est stoppée par endoscopie.

Diagnostic saisi: K25.0 Ulcère de l'estomac aigu, avec hémorragie

Chapitre 2.1.5 «Maladies après des mesures médicales»

Exemple 1

Consultation relative à la ponction du genou sur infection d'une prothèse interne du genou sous anesthésie locale (T84.7).

Diagnostic saisi: T84.5 Infection et réaction inflammatoire dues à une prothèse articulaire interne

Exemple 2

Intervention pour retirer une plaque d'ostéosynthèse cassée (T84.12) à l'articulation du poignet sous anesthésie régionale (bloc plexique).

Diagnostic saisi: T84.12 Complication mécanique d'un appareil de fixation interne d'os d'un membre; avant-bras et articulation du poignet

Exemple 3

Intervention pour retirer une vis proéminente provoquant des douleurs après une ostéosynthèse à la cheville (T84.8) réalisée auparavant, sous anesthésie locale.

Diagnostic saisi: T84.8 Autres complications de prothèses, implants et greffes orthopédiques internes

Exemple 4

Intervention pour débrider un abcès cutané (L02.4) sous anesthésie locale après ostéosynthèse à l'avant-bras effectuée deux semaines plus tôt.

Diagnostic saisi: L02.4 Abcès cutané, furoncle et anthrax d'un membre

Exemple 5

Consultation pour une dilatation urétrale sur récurrence de rétrécissement urétral (N99.10)

Diagnostic saisi: N99.10 Récurrence de rétrécissement urétral après opération antérieure d'un rétrécissement urétral

Chapitre 2.1.6 «Syndromes, néoplasies, maladies sous-jacentes»

Exemple 1

Consultation pour injection de toxine botulique dans le sphincter vésical pour cause d'incontinence de pression (N39.42, manifestation) en raison d'une sclérose en plaques (G35.10, maladie sous-jacente).

Diagnostic saisi: N39.42 Incontinence de pression

Exemple 2

Consultation pour l'excision d'une métastase cutanée (C79.2, manifestation) pour cause de récurrence maligne au niveau de la glande mammaire (C50.2, maladie sous-jacente), sous anesthésie générale.

Diagnostic saisi: C79.2 Tumeur maligne secondaire de la peau

Exemple 3

Consultation pour hernioplastie sous anesthésie générale suite à une hernie inguinale, unilatérale (K40.90, manifestation) en raison d'un syndrome de Marfan (Q87.4, maladie sous-jacente).

Diagnostic saisi: K40.90 Hernie inguinale, unilatérale ou sans précision, sans occlusion ni gangrène, non précisée comme hernie récidivante

Les prestations additionnelles (type «PZ») peuvent toujours être saisies si la prestation principale correspondante a été fournie. Sur le plan du contenu, les prestations additionnelles sont attribuées

au chapitre correspondant des prestations principales que l'on peut identifier selon la suite de lettres après le premier point.

Saisie de prestations principales/additionnelles

Exemple 1

Saisie des prestations après une ACTP avec pose de 2 stents.

Nombre	Côté	Prestations
1	-	C05.KC.0070 ICP/ACTP
2	-	C05.KC.Z007 Implantation de stent lors d'ICP

Saisie du côté

Exemple 2

Saisie des prestations après une arthroscopie de l'épaule droite avec biopsie.

Nombre	Côté	Prestations
1	R	C08.CA.0010 Arthroscopie de l'épaule
1	R	C08.CA.Z001 Biopsie(s) lors d'une arthroscopie de l'épaule

Clarifications

Clarification 1 relative au chapitre 3 - Saisie du côté

Il y a une divergence entre l'interprétation générale n° 17 (IG-17 «Indication du côté») du TARDOC et l'annexe C de la convention relative à la structure tarifaire (directives pour la saisie des prestations ambulatoires, chap. 3, al. 4).

Le côté pour les prestations E et EZ doit être saisi selon l'IG-17: pour les interventions sur les deux côtés, il faut saisir la prestation à deux reprises et indiquer le côté. S'il s'agit d'une prestation au temps, il convient d'indiquer le temps consacré par côté.

Le côté pour les prestations P et PZ doit être saisi selon l'annexe C, chap. 3, al. 4:

- Prestation unilatérale → nombre 1, indication du côté (G ou D)
- Prestation bilatérale → nombre 2, indication de la bilatéralité B

Remarque de l'OTMA concernant la clarification 1:

La clarification nécessite une adaptation du TarifMatcher. La nouvelle version du TarifMatcher sera mise à disposition par l'OTMA à partir du 2 avril 2026. Les fournisseurs de prestations et répondants des coûts sont priés de procéder à la mise en œuvre technique dès que possible ou au plus tard jusqu'au 20 avril 2026, afin que l'établissement et le traitement automatisés des factures soit à nouveau possible à compter de cette date.

Les partenaires tarifaires examinent actuellement une réglementation uniforme valable pour les deux systèmes tarifaires en prévision de la version 28.

Clarification 2 relative au chapitre 3 - Anesthésie dans les forfaits ambulatoires: différenciation selon le type d'anesthésie

Pour les traitements ambulatoires qui sont facturés selon le TARDOC, les positions tarifaires WA sont facturées avec la classe d'intervention (CI) qui correspond à la prestation de référence fournie.

Pour les forfaits ambulatoires, les prestations du médecin anesthésiste sont indemnisées avec le forfait et doivent, si elles sont pertinentes pour le groupement, figurer sur la facture. Comme aucune CI n'est attribuée aux prestations dans le CPTMA, cette distinction n'a pas lieu d'être. On opérera donc une distinction uniquement entre les deux catégories suivantes:

- Anesthésie MAC (Monitored Anesthesia Care): saisie par la position tarifaire WA.10.0010
- Tous les autres types d'anesthésie: saisie par une des positions tarifaires WA.10.0020 à WA.10.0050 - dans le champ d'application des forfaits ambulatoires, cela ne joue pas de rôle laquelle de ces positions tarifaires est choisie.

Annexe: Aperçu des exemples

Chapitres	Mot-clé	Exemple	Première publication le	Dernière modification
2.1	Saisie du diagnostic	1	08.08.2025	
2.1	Saisie du diagnostic	2	08.08.2025	
2.1.1	Plusieurs prestations ou séances	1	08.08.2025	
2.1.3	Diagnostics présumés	1	08.08.2025	
2.1.3	Diagnostics présumés	2	08.08.2025	
2.1.3	Diagnostics présumés	3	08.08.2025	
2.1.3	Diagnostics présumés	4	21.10.2025	
2.1.4	Aigu vs. chronique	1	08.08.2025	
2.1.4	Aigu vs. chronique	2	08.08.2025	
2.1.5	Maladies après des mesures médicales	1	08.08.2025	
2.1.5	Maladies après des mesures médicales	2	08.08.2025	
2.1.5	Maladies après des mesures médicales	3	08.08.2025	
2.1.5	Maladies après des mesures médicales	4	08.08.2025	
2.1.5	Maladies après des mesures médicales	5	08.08.2025	
2.1.6	Syndromes, récurrences, maladies sous-jacentes	1	08.08.2025	
2.1.6	Syndromes, récurrences, maladies sous-jacentes	2	08.08.2025	
2.1.6	Syndromes, récurrences, maladies sous-jacentes	3	08.08.2025	
3	Saisie des prestations ambulatoires: saisie de prestations principales/additionnelles	1	08.08.2025	
3	Saisie des prestations ambulatoires: saisie du côté	2	08.08.2025	

Annexe: Aperçu des clarifications

N°	Mot-clé	Première publication	Dernière modification
1	Clarification 1 relative au chapitre 3 - Saisie du côté	20.02.2026	20.03.2026
2	Clarification 2 relative au chapitre 3- Anesthésie dans les forfaits ambulatoires: différenciation selon le type d'anesthésie	20.03.2026	