

Questions les plus fréquentes concernant la documentation et les rapports médicaux selon le TARMED (état février 2010)

Interprétation générale IG-14 «Documentation et rapport»

1. Existe-t-il dans le tarif TARMED une interprétation générale concernant la rédaction des rapports médicaux?

Oui – On trouve dans le tarif TARMED l'interprétation générale IG-14 «Documentation et rapport» qui a la teneur suivante:

Les rapports et la documentation demandés par l'assureur ou par son médecin-conseil doivent lui être fournis dans le respect des dispositions de la protection des données. Chaque prestation doit être documentée sous la forme appropriée (écrit, imprimé, bande magnétique ou support d'image).

Un rapport comprend l'évaluation et les résultats d'examen, les constatations médicales et la documentation écrite. Pour les endoscopies, une documentation de l'état pathologique à l'aide de clichés est obligatoire. La documentation et le rapport font partie intégrante de la prestation et sont indemnisés avec celle-ci même si aucun minutage n'est indiqué sous le paramètre «Rapport».

Les documents demandés par l'assureur lui sont fournis la première fois gratuitement. Demeurent réservées les prestations pour lesquelles une facturation séparée de la documentation ou du rapport est expressément mentionnée et tarifée. (Voir à cet effet le sous-chapitre 00.06 Certificats médicaux, rapports, lettres). Si ces documents sont fournis une deuxième fois à l'assureur à sa demande, l'envoi sera indemnisé par le biais de la position 00.2260 ou 00.2265.

Interprétations de chapitre (IC) concernant le sous-chapitre 00.06 Certificats médicaux, rapports, lettres

2. Existe-t-il dans le tarif TARMED des interprétations de chapitre concernant les rapports?

Oui – On trouve dans le tarif TARMED neuf interprétations concernant le sous-chapitre 00.06 «Certificats médicaux, rapports, lettres», lesquelles ont la teneur suivante:

1. IC-00.06-1 Protection des données

Tous les rapports doivent être remis à l'assureur ou au médecin-conseil de l'assureur, s'il les demande; dans ce cas, les dispositions de la protection des données sont applicables.

2. IC-00.06-2 Exigences

Les certificats, rapports et autres documents rédigés par le spécialiste (correspondance entre médecins, rapports exigés par l'assureur, etc.) doivent s'avérer nécessaires sur le plan médical et/ou administratif. Il convient de respecter les délais éventuels. Les documents sont en principe

écrits à la machine ou à l'ordinateur. Les rapports rédigés à la main sont acceptés jusqu'à la création de masques de saisie informatiques.

3. IC-00.06-3 Ampleur des prestations

Le temps consacré à la documentation et au rapport est inclus dans les positions diagnostiques et thérapeutiques. Cette règle vaut notamment pour les rapports d'opération et les rapports ou procès-verbaux relatifs aux interventions et aux prestations à l'aide de moyens techniques. Les exceptions sont expressément mentionnées et tarifées.

4. IC-00.06-4 Lignes et mise en page du texte

L'étendue d'un rapport rédigé sans formulaire (positions 00.2285 et 00.2295) est déterminée d'après le nombre de lignes ou de caractères. Seul le texte rédigé (bloc de texte) est déterminant pour le calcul du nombre de lignes ou de caractères. Font partie d'un bloc de texte les diagnostics (ou listes de diagnostics) nouvellement rédigés ou les parties de diagnostics (ou de listes de diagnostics) remaniées. Les coordonnées personnelles du patient, l'adresse, les diagnostics (ou listes de diagnostics) ou les parties de diagnostics (ou de listes de diagnostics) déjà existants et mentionnés une nouvelle fois, l'appel, les salutations, le titre préimprimé, etc., ne font pas partie du bloc de texte. La documentation écrite est indemnisée indépendamment de la mise en page. L'étendue d'une page est calculée soit en lignes (35 lignes à 60 caractères) soit en caractères (2'100 caractères).

5. IC-00.06-5 Formulaires spéciaux

Les rapports exigés par les assureurs sociaux et rédigés sur des formulaires spéciaux font l'objet d'une indemnisation forfaitaire.

6. IC-00.06-6 Prescriptions

Les prescriptions de prestations médicales et techniques et les instructions données au personnel soignant non médical (y compris les ordonnances) ainsi qu'à des psychothérapeutes non-médecins font partie des prestations de base générales.

7. IC-00.06-7 Certificats, petits rapports

Les certificats d'incapacité de travail à l'intention de l'assureur, les communications au patient ainsi que tous les autres petits rapports (jusqu'à 10 lignes de texte sur une page A4) font partie intégrante des «Prestations de base générales»¹, voir position 00.2255. Cette règle ne s'applique pas aux rapports médicaux, rapports intermédiaires ni aux questionnaires AI rédigés sur formulaire, voir positions 00.2205 et 00.2230.

8. IC-00.06-8 Copies

L'indemnisation d'un rapport comprend aussi le premier établissement éventuel de photocopies dudit rapport, indépendamment du nombre d'exemplaires établis, ainsi que l'envoi de ces photocopies à l'assureur, s'il les demande. Pour un nouvel envoi de photocopies de documents médicaux existants et de photocopies de documents tiers à l'assureur s'il les demande, voir positions 00.2260 et 00.2265.

9. IC-00.06-9 Restrictions de cumul

Les positions tarifaires de ce sous-chapitre ne sont pas cumulables avec celles du sous-chapitre 00.08 et du chapitre 37. Lorsqu'une prestation du chapitre 00.06 est fournie conjointement avec d'autres prestations, aucune majoration d'urgence en pour-cent ne peut être facturée sur la prestation médicale des positions du chapitre 00.06 (00.2530, 00.2550, 00.2570, 00.2590).

¹ «font partie intégrante des prestations de base générales»: cette phrase signifie que le temps consacré est facturé par la position tarifaire 00.0010ss (Consultation).

3. Peut-on facturer à l'assureur un rapport rédigé sans formulaire?

- *oui et non.*

- *Les petits rapports rédigés sans formulaire (jusqu'à 10 lignes de texte sur une page A4) font partie intégrante des «Prestations de base générales» et sont entièrement indemnisés par le truchement de la consultation médicale (positions 00.0010, 00.0020, 00.0030) ou de la visite médicale (positions 00.0060, 00.0070, 00.0080). Cette règle vaut aussi pour les certificats d'incapacité de travail à l'intention de l'assureur, les communications au patient ainsi que tous les autres petits rapports (jusqu'à 10 lignes de texte sur une page A4).*

- *Par contre, les rapports rédigés sans formulaire de plus de 10 lignes de texte peuvent être facturés à l'assureur avec la position 00.2285 «Rapport rédigé sans formulaire, 11 à 35 lignes de texte», complété éventuellement par la position 00.2295 «+ Rapport rédigé sans formulaire, par 35 lignes de texte supplémentaires».*

- *Conformément à l'interprétation de la position 00.2285 «Rapport rédigé sans formulaire, 11 à 35 lignes de texte», il convient de veiller à ce qui suit: les rapports rédigés sans formulaire sont libres dans leur forme et comprennent entre 11 et 35 lignes de texte. Cette position vaut aussi pour l'échange de correspondance entre médecins au sujet du bilan, du diagnostic, des thérapies, du pronostic de guérison et d'autres mesures concernant le patient; ces documents rédigés sans formulaire doivent être fournis gratuitement à l'assureur s'il les demande, voir à ce sujet aussi IC00.06-8 et IG-14. Elle vaut aussi pour le rapport de psychothérapie, art. 2 et 3 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS).*

- *Lorsque le rapport rédigé sans formulaire compte plus de 35 lignes de texte, on pourra facturer à l'assureur, en complément à la position 00.2285 «Rapport rédigé sans formulaire, 11 à 35 lignes de texte», la position 00.2295 «+ Rapport rédigé sans formulaire, par 35 lignes de texte supplémentaires» pour chaque nouvelle section de 35 lignes de texte.*

- **Attention!** *Il convient de prendre garde à ce qui suit: l'ampleur d'un rapport rédigé sans formulaire (positions 00.2285 et 00.2295) est mesurée en lignes de texte ou en caractères. Pour le calcul du nombre de lignes ou de caractères, seul le bloc de texte est déterminant. Font partie du bloc de texte les diagnostics (listes des diagnostics) ou parties de diagnostic remaniées. Ne sont pas considérés comme bloc de texte: les coordonnées personnelles du patient, l'adresse, les diagnostics (ou listes de diagnostics) ou les parties de diagnostics (ou de listes de diagnostics) déjà existants et mentionnés une nouvelle fois, l'appel, les salutations, le titre préimprimé, etc. Une documentation écrite est indemnisée indépendamment de la mise en forme du texte. L'ampleur d'une page peut être calculée soit en lignes (35 lignes à 60 caractères) soit en caractères (2'100 caractères).*

4. Avec quelles positions un rapport rédigé sans formulaire (positions 00.2285 et 00.2295) ne peut-il pas être cumulé dans une séance et être facturé à l'assureur?

Les positions 00.2285 «Rapport rédigé sans formulaire, 11 à 35 lignes de texte» et 00.2295 «+ Rapport rédigé sans formulaire, par 35 lignes de texte supplémentaires» ne sont pas cumulables avec les positions suivantes, chapitre ou sous-chapitre, dans une séance:

00.2110 Consilium par le spécialiste, par période de 5 min
00.2120 Consilium approfondi par le spécialiste, par période de 5 min
00.2310 Expertise de catégorie A
00.2390 Expertise de catégorie B
00.2400 Expertise de catégorie C
00.2410 Expertise de catégorie D
00.2420 Expertise de catégorie E
07.1110 Planification sur modèles pour intervention chirurgicale maxillo-faciale
07.1120 Set-up diagnostique pour intervention orthodontique
07.1130 Prédiction céphalométrique et/ou simulographie
21.1210 Lithotritie extracorporelle (LEOC), premier côté, par le spécialiste
00.08 Suppléments pour consultation pressante et urgence
37 Pathologie clinique (autopsie, histologie, cytologie) et médecine légale

Saisie des prestations et facturation des rapports rédigés sur formulaire

5. Peut-on facturer à l'assureur un rapport rédigé sur formulaire?

Conformément au tarif TARMED, les rapports suivants peuvent être facturés à l'assureur:

- Position 00.2205 «Rapport médical sur formulaire assurance-maladie, AA, AM / Rapport intermédiaire/Feuille annexe sur formulaire AI». Conformément à l'interprétation, cette position vaut pour:

le rapport médical demandé par l'assureur (annonce à l'AI, rapport intermédiaire).

LAA: premier certificat médical; certificat médical intermédiaire.

LAM: formulaire d'annonce; rapport médical.

LAI: rapport intermédiaire; feuille annexe du rapport médical (par feuille); feuille annexe du formulaire de demande d'allocation pour impotents (par feuille).

OPAS: déclaration de psychothérapie (art. 2 et 3).

- Position 00.2215 «Formulaire pour la première consultation après un traumatisme craniocervical par accélération». Conformément à l'interprétation, cette position vaut pour: Documentation du déroulement de l'accident selon la description du patient, recensement des troubles survenus et constat clinique sur la base d'un examen musculo-squelettique et neurologique portant sur les régions importantes, effectué durant la phase aiguë. Utilisation du formulaire au service d'urgence ou chez le médecin d'urgence, éventuellement aussi par le médecin de premier recours lors de sa première consultation quand le patient lui est envoyé. L'utilisation ultérieure ne fait plus l'objet d'une indemnisation spéciale. Le formulaire entièrement rempli doit être remis à l'assureur concerné et sera indemnisé en plus des coûts de consultation et autres frais d'examen.

Applicable seulement dans le domaine de l'AA/AM/AI ainsi que de l'assurance-maladie pour les cas d'accident.

- Position 00.2230 «Premier rapport médical à l'AI, sur formulaire, première période de 10 min» et position 00.2240 «+ Premier rapport médical à l'AI, sur formulaire, par période de 10 min en plus». Conformément à l'interprétation, cette position vaut pour le rapport médical destiné à examiner le droit à des prestations AI; rapport médical détaillé UE (E 213).

Votre interlocuteur pour toutes les questions tarifaires

- Infoline TARMED - Tél. 0900 340 340 (tarif local) – lundi et mercredi de 09h00 à 12h00
- Par courriel à tarife@fmh.ch (Veuillez aussi indiquer votre n° de tél. de manière à ce que nous puissions vous rappeler, le cas échéant. Nous vous en remercions par avance!)