

Clarifications et exemples

Document explicatif relatif au catalogue du TARDOC 1.4 (annexe A2)

Valable dès le : 1^{er} janvier 2026

État au 14 juillet 2026

Ce document ne sera pas soumis au Conseil fédéral pour approbation.

Table des matières

Table des matières	1
Clarification 1 relative à Définitions générales AD-07 Prix de revient	3
Clarification 21 relative à AA.15.0010 « Etude de dossiers provenant de tiers, en l'absence du patient, par période de 1 min »	3
Clarification 2 relative à AA.15.0020 « Renseignements en provenance de tiers ou à des tiers et prise de renseignements auprès de tiers en l'absence du patient, par période de 1 min », AA.15.0030 « Renseignements en provenance de proches ou à des proches ou autres personnes de référence du patient en l'absence du patient, par période de 1 min » et AA.15.0040 « Entretiens avec des médecins, thérapeutes et soignants du patient, en l'absence du patient, par période de 1 min ».	3
Clarification 3 relative à AA.15.0050 « Board d'experts médicaux en présence ou en l'absence du patient, par période de 1 min »	3
Clarification 4 relative à AA.20.0040 « Soins de stomie sans irrigation » et AA.20.0050 « Soins de stomie avec irrigation »	4
Clarification 24 en matière de cumulation de prestations additionnelles libres et de prestations additionnelles	4
Clarification 5 relative à AK.00.0050 «Injection/perfusion par du personnel paramédical»	4
Clarification 8 relative à CA.15.0030 «Visite de soins palliatifs du médecin de famille, 5 premières min» - Temps de déplacement	4
Clarification 9 relative à EA.05 «Prestations ambulatoires par le personnel paramédical en psychiatrie à l'hôpital et dans les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins (art. 35 al. 2 let. n LAMal)» - Interprétation de chapitre n° 1 « Précision relative à la facturation » - subsidiarité	5
Clarification 10 relative à GG.00.0520 «Radiologie: jambe entière, une jambe ou les deux jambes» - autres clichés diagnostiques	5
Clarification 11 relative à GG.00.0520 «Radiologie: jambe entière, une jambe ou les deux jambes» - Indication du côté	5
Clarification 12 relative à GG.30.0020, GG.30.0030, GG.30.0070, GG.30.0080, GM.00.0020, GM.15.0010, GM.15.0020, GP.00.0020, GP.00.0030, GP.15.0010 et GP.15.0020 - Limites quantitatives par prestations principales	6
Clarification 13 relative à GG.30.0090 «Évaluation d'une densitométrie osseuse»	6
Clarification 18 relative à GM.15.0020 et GP.15.0020 - Règle de cumul	6
Clarification 19 relative aux chapitres GK.10 « Grossesse et gynécologie » et GK.25 « Examen des vaisseaux par sonographie Doppler » - Règle «1x par enfant »	6
Clarification 23 relative à GP.10.0010 « Examen médical complexe et technique d'une IRM exigeante, par période de 1 min »	7
Clarification 20 relative à JE.00.0030 Status d'endocrinologie pédiatrique chez les enfants jusqu'à 16 ans	7
Clarification 6 relative à JM « Pathologie clinique » - Facturation d'échantillons	7

Clarification 17 relative au chapitre JM « Pathologie clinique » - matériel à usage courant	8
Clarification 14 relative à KF.10.0130 «(+) % Supplément pour diagnostic ou intervention au niveau cervical ou thoracique»	8
Clarification 16 relative au chapitre MK.10 « Allergologie et immunologie » - Interprétation de chapitre n° 3 « Matériel de test » - Facturation	9
Clarification 22 relative à MK.25.0020 « Excision; régions A1, B1, C1, par lésion »	9
Clarification 15 relative à RG.00.0050 « + Supplément pour examen de l'oreille au microscope chez les enfants jusqu'à 7 ans » – Application par côté	9
Clarification 7 relative à WA.10 « Temps d'anesthésie » - Interprétation de chapitre n° 1 « Activité de l'anesthésiste durant l'intervention chirurgicale (temps d'anesthésie) »	9
Annexe: Aperçu des clarifications	10

Clarification 1 relative à Définitions générales AD-07 Prix de revient

Les frais de transport font également partie des accessoires à l'achat.

Clarification 21 relative à AA.15.0010 « Etude de dossiers provenant de tiers, en l'absence du patient, par période de 1 min »

Interprétation du terme « détaillé » au paragraphe AA.15.0010. La gradation temporelle par minute s'applique afin de refléter le degré de détail.

Clarification 2 relative à AA.15.0020 « Renseignements en provenance de tiers ou à des tiers et prise de renseignements auprès de tiers en l'absence du patient, par période de 1 min », AA.15.0030 « Renseignements en provenance de proches ou à des proches ou autres personnes de référence du patient en l'absence du patient, par période de 1 min » et AA.15.0040 « Entretiens avec des médecins, thérapeutes et soignants du patient, en l'absence du patient, par période de 1 min ».

Les « tiers » ne sont ni le patient ni le personnel médical.

« Les personnes de référence » ne sont pas des proches, mais des personnes étroitement liées au patient. Il ne s'agit pas du personnel médical.

Les « soignants » sont des personnes qui participent à la prise en charge médicale du patient.

Clarification 3 relative à AA.15.0050 « Board d'experts médicaux en présence ou en l'absence du patient, par période de 1 min »

Tous les boards d'experts de l'institution peuvent être facturés par le biais de cette position tarifaire, pas seulement ceux qui figurent dans l'interprétation médicale.

Sont considérés comme boards d'experts de l'institution les boards d'experts multidisciplinaires dans le cadre desquels sont discutés des questions médicales concernant des cas particuliers. L'objectif du board d'experts est d'établir le diagnostic (y compris le diagnostic différentiel), la marche à suivre et le plan thérapeutique/de traitement individuel. Le choix des disciplines représentées par les experts dépend des besoins du board respectif. Un board d'experts se déroule à intervalles réguliers sur la base de processus structurés. Les cas discutés sont documentés.

Clarification 4 relative à AA.20.0040 « Soins de stomie sans irrigation » et AA.20.0050 « Soins de stomie avec irrigation »

Le conseil en stomie effectué chez les médecins ou dans les institutions est facturé au moyen des positions tarifaires du TARDOC AA.20.0040 et AA.20.0050. Pour le conseil en stomie effectué par du personnel paramédical à l'hôpital s'applique la convention tarifaire sur la rémunération des prestations non médicales de conseils et de soins en milieu hospitalier, et donc les positions tarifaires 51.0210 et 51.0250. Pour le conseil en stomie à l'hôpital auquel participe un médecin s'appliquent les positions tarifaires AA.20.0040 et AA.20.0050.

Clarification 24 en matière de cumulation de prestations additionnelles libres et de prestations additionnelles

Les majorations en pourcentage pour les urgences prévues au sous-chapitre AA.30 s'appliquent aux prestations médicales (PM) de toutes les positions tarifaires facturées dans le cadre d'une prise en charge d'urgence. Il n'existe aucune restriction limitant ces majorations aux seules prestations principales.

Cette interprétation s'applique non seulement aux majorations en pourcentage pour les urgences du sous-chapitre AA.30, mais aussi, de manière générale, au cumul des prestations additionnelles libres avec les prestations additionnelles. Ce cumul est autorisé dès lors qu'il n'existe aucune restriction en la matière.

L'interprétation générale n° 6 (IG-06) « Types de prestations » stipule que les prestations supplémentaires ou les prestations supplémentaires libres doivent être rattachées à une prestation principale. Toutefois, les règles contraires figurant à un niveau hiérarchique inférieur prévalent sur cette règle (cf. IG-16 « Approche systématique dans l'application des règles »).

Clarification 5 relative à AK.00.0050 « Injection/perfusion par du personnel paramédical »

La position tarifaire vaut pour les injections et les perfusions réalisées par du personnel paramédical. Si l'injection s'effectue par le biais de la perfusion, le changement de la perfusion est inclus.

Clarification 8 relative à CA.15.0030 « Visite de soins palliatifs du médecin de famille, 5 premières min » - Temps de déplacement

Le temps de déplacement pour une visite dans le cadre des soins palliatifs fait partie du temps consacré à la visite. Le temps nécessaire peut être facturé avec les positions correspondantes (CA.15.0030 « Visite de soins palliatifs du médecin de famille, 5 premières min » et CA.15.0040 « + Visite de soins palliatifs du médecin de famille, pour chaque min supplémentaire ») et peut donc prolonger le temps qui peut être facturé. La règle de quantité et l'interprétation médicale de la position AA.00.0050 « Temps de déplacement, par période de 1 min » s'appliquent pour le temps de déplacement. Il n'est pas possible de facturer la position CA.00.0060 « + Visite et indemnité forfaitaire par le médecin de famille ».

Cette règle a été adoptée pour le cas d'espèce et ne crée aucun précédent. De plus, elle expirera le 31 décembre 2026.

Clarification 9 relative à EA.05 «Prestations ambulatoires par le personnel paramédical en psychiatrie à l'hôpital et dans les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins (art. 35 al. 2 let. n LAMal)» - Interprétation de chapitre n° 1 « Précision relative à la facturation » - subsidiarité

En 2026, le dernier point « Les prestations ne sont pas prises en charge par l'assureur-maladie, pour autant que le traitement soit lié à une infirmité congénitale selon l'OIC-DFI (pas de subsidiarité) » ne s'applique pas.

Justification : Les dispositions tarifaires ne peuvent pas restreindre l'obligation d'allouer des prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS) définie par la loi. La loi prime sur les réglementations tarifaires.

Clarification 10 relative à GG.00.0520 «Radiologie: jambe entière, une jambe ou les deux jambes» - autres clichés diagnostiques

Les clichés diagnostiques suivants ne peuvent pas être facturés en plus, étant donné qu'ils ne sont pas définis comme prestations additionnelles relatives à GG.00.0520 «Radiologie: jambe entière, une jambe ou les deux jambes»:

- GG.00.0390 + Radiologie: hanche, par cliché supplémentaire, par côté
- GG.00.0410 + Radiologie: fémur, par cliché supplémentaire, par côté
- GG.00.0430 + Radiologie: genou, par cliché supplémentaire, par côté
- GG.00.0450 + Radiologie: jambe, par cliché supplémentaire, par côté
- GG.00.0470 + Radiologie: cheville (articulation tibio-astragalienne) par cliché supplémentaire, par côté
- GG.00.0490 + Radiologie: pied avec le calcaneum, par cliché supplémentaire, par côté
- GG.00.0510 + Radiologie: avant-pied et orteils, métatarses, par cliché supplémentaire, par côté

Les règles de cumul de la position tarifaire GG.00.0520 et les règles susmentionnées priment sur l'interprétation médicale «Les clichés diagnostiques des membres inférieurs peuvent être facturés en plus.»

Cette règle a été adoptée pour le cas d'espèce et ne confère pas aux règles de cumul une primauté générale sur l'interprétation médicale.

Clarification 11 relative à GG.00.0520 «Radiologie: jambe entière, une jambe ou les deux jambes» - Indication du côté

La position tarifaire GG.00.0520 «Radiologie: jambe entière, une jambe ou les deux jambes» ne peut être facturée qu'une fois, indépendamment du fait qu'une jambe gauche, une jambe droite ou les deux jambes soient radiographiées.

Pour les positions TARDOC, l'on ne peut indiquer sur la facture que «gauche» ou «droite», raison pour laquelle lors d'une radiographie bilatérale, l'on ne peut également indiquer que «gauche» ou «droite».

Clarification 12 relative à GG.30.0020, GG.30.0030, GG.30.0070, GG.30.0080, GM.00.0020, GM.15.0010, GM.15.0020, GP.00.0020, GP.00.0030, GP.15.0010 et GP.15.0020 - Limites quantitatives par prestations principales

Les prestations de référence et les prestations supplémentaires mentionnées ci-dessus sont limitées par prestation principale. Si une prestation principale est facturée plusieurs fois, les prestations de référence et les prestations supplémentaires correspondantes peuvent également être facturées plusieurs fois, pour autant qu'aucune règle différente ne soit définie pour la position concernée.

Exemples :

Si la position tarifaire GM.00.0080 «CT du cou» est facturée deux fois, la position GM.15.0010 «Interprétation et rédaction du rapport de CT» peut également être facturée deux fois.

Si la position tarifaire GM.00.0080 «CT du cou» est facturée deux fois et que l'interprétation est, par définition, complexe, la position GM.15.0020 «Interprétation et rédaction de rapport particulièrement exigeantes d'un CT, par période de 1 min» peut également être facturée deux fois jusqu'à la limite respective de 30 minutes maximum par prestation principale, soit 60 minutes au total au maximum.

Clarification 13 relative à GG.30.0090 «Évaluation d'une densitométrie osseuse»

La position GG.30.0090 «Évaluation d'une densitométrie osseuse» s'applique aux positions GG.20.0010 «Densitométrie osseuse, avec DEXA axiale, par période de 1 min» et GG.20.0020 «Détermination de la masse musculaire par DEXA axiale, par période de 1 min».

Clarification 18 relative à GM.15.0020 et GP.15.0020 - Règle de cumul

Les interprétations et rédactions de rapport « normales » et celles particulièrement exigeantes dans les chapitres GM et GP ne peuvent pas être cumulées.

Si plusieurs prestations principales du même chapitre sont effectuées et facturées dans une même séance et qu'au moins pour l'une d'entre elles, mais pas pour toutes, une « interprétation et rédaction de rapport particulièrement exigeantes » a été effectuée, toutes les interprétations sont facturées au moyen de la position « normale » (GM.15.0010 Interprétation et rédaction du rapport de CT / GP.15.0010 Interprétation et rédaction du rapport d'IRM).

Clarification 19 relative aux chapitres GK.10 « Grossesse et gynécologie » et GK.25 « Examen des vaisseaux par sonographie Doppler » - Règle «1x par enfant »

La règle « 1x par enfant » dans les chapitres GK.10 et GK.25 signifie « 1x par enfant et séance ». Sont exceptées les sonographies de dépistage GK.10.0010 et GK.10.0020, étant donné que l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins OPAS prescrit une limitation de « 1x par grossesse » qui prime la règle dans le TARDOC.

Clarification 23 relative à GP.10.0010 « Examen médical complexe et technique d'une IRM exigeante, par période de 1 min »

Le code de tarification GP.10.0010 permet également de facturer d'autres médicaments utilisés dans le cadre d'une IRM cardiaque de stress.

Clarification 20 relative à JE.00.0030 Status d'endocrinologie pédiatrique chez les enfants jusqu'à 16 ans

Cette position JE.00.0030 fait référence aux stades de Prader ou de Tanner.

Clarification 6 relative à JM « Pathologie clinique » - Facturation d'échantillons

Les combinaisons des positions tarifaires JM.10.0010-JM.10.0040 doivent être représentées sur la facture selon les variantes 1 et 2 ci-après. La variante 3 est exclue.

Exemple:

Échantillon A - macroscopie 5 min

Échantillon B - macroscopie 25 min

Échantillon C - macroscopie 40 min

Échantillon D - macroscopie 50 min

Variante 1:

Position tarifaire	Désignation	Nombre	Échantillon ¹
JM.10.0010	Histopathologie: nombre de lames d'analyse macroscopique avec identification d'éléments non complexes pour le diagnostic	1	A
JM.10.0020	+ Macroscopie d'échantillons tissulaires, par échantillon, par période de 1 min	5	A
JM.10.0010	Histopathologie: nombre de lames d'analyse macroscopique avec identification d'éléments non complexes pour le diagnostic	1	B
JM.10.0020	+ Macroscopie d'échantillons tissulaires, par échantillon, par période de 1 min	25	B
JM.10.0010	Histopathologie: nombre de lames d'analyse macroscopique avec identification d'éléments non complexes pour le diagnostic	1	C
JM.10.0020	+ Macroscopie d'échantillons tissulaires, par échantillon, par période de 1 min	40	C
JM.10.0010	Histopathologie: nombre de lames d'analyse macroscopique avec identification d'éléments non complexes pour le diagnostic	1	D
JM.10.0020	+ Macroscopie d'échantillons tissulaires, par échantillon, par période de 1 min	40	D
JM.10.0040	Histopathologie: nombre de lames d'analyse microscopique avec identification d'éléments complexes pour le diagnostic	1	D

¹ L'échantillon est indiqué pour faciliter la lecture et ne peut actuellement pas être mentionné sur la facture.

JM.10.0050	+ Macroscopie de l'échantillon pour un diagnostic complexe, par échantillon, par période de 1 min	10	D
------------	---	----	---

Variante 2:

Position tarifaire	Désignation	Nombre	Échantillon ²
JM.10.0010	Histopathologie: nombre de lames d'analyse macroscopique avec identification d'éléments non complexes pour le diagnostic	4	A,B,C,D
JM.10.0020	+ Macroscopie d'échantillons tissulaires, par échantillon, par période de 1 min	5	A
JM.10.0020	+ Macroscopie d'échantillons tissulaires, par échantillon, par période de 1 min	25	B
JM.10.0020	+ Macroscopie d'échantillons tissulaires, par échantillon, par période de 1 min	40	C
JM.10.0020	+ Macroscopie d'échantillons tissulaires, par échantillon, par période de 1 min	40	D
JM.10.0040	Histopathologie: nombre de lames d'analyse microscopique avec identification d'éléments complexes pour le diagnostic	1	D
JM.10.0050	+ Macroscopie de l'échantillon pour un diagnostic complexe, par échantillon, par période de 1 min	10	D

Variante 3:

Position tarifaire	Désignation	Nombre	Échantillon
JM.10.0010	Histopathologie: nombre de lames d'analyse macroscopique avec identification d'éléments non complexes pour le diagnostic	3	A,B,C
JM.10.0020	+ Macroscopie d'échantillons tissulaires, par échantillon, par période de 1 min	70	A,B,C

Clarification 17 relative au chapitre JM « Pathologie clinique » - matériel à usage courant

La facturation séparée du matériel à usage courant n'est pas autorisée en pathologie.
Les prestations de pathologie sont des prestations attribuées qui ne sont pas effectuées pendant la séance. Les conditions selon GI-26 ne sont donc pas remplies.

Clarification 14 relative à KF.10.0130 «(+) % Supplément pour diagnostic ou intervention au niveau cervical ou thoracique»

La position tarifaire KF.10.0130 «(+) % Supplément pour diagnostic ou intervention au niveau cervical ou thoracique» est définie comme prestation additionnelle libre. Compte tenu de la marge d'interprétation qui en résulte et de l'interprétation médicale non exhaustive et non univoque, il est procédé à la clarification suivante:

- La position KF.10.0130 peut être facturée en plus de la position GK.35.0020.

- En outre, la facturation de la position KF.10.0130 est exclusivement admise en combinaison avec les positions tarifaires du sous-chapitre KF.10.
- Une combinaison avec des positions tarifaires en dehors du sous-chapitre KF.10 (à l'exception de la position GK.35.0020 susmentionnée) n'est pas prévue.

Cette règle a été adoptée pour le cas d'espèce et ne confère pas aux règles de cumul une primauté générale sur l'interprétation médicale.

Clarification 16 relative au chapitre MK.10 « Allergologie et immunologie » - Interprétation de chapitre n° 3 « Matériel de test » - Facturation

Selon l'interprétation de chapitre n° 3 dans le chapitre MK.10, le matériel de test utilisé en allergologie peut en principe être facturé séparément. Les partenaires tarifaires précisent que les principes selon GI-04 et GI-26 doivent être appliqués.

Clarification 22 relative à MK.25.0020 « Excision; régions A1, B1, C1, par lésion »

Définition de la « surface à traiter » dans le cadre des excisions

La « surface à traiter » (surface en cm²) correspond à l'excision de la zone cliniquement traitée chez le patient (in vivo).

La surface totale traitée chirurgicalement (y compris la tumeur, les marges de sécurité et les extensions liées à la reconstruction, telles que les triangles de Burow, etc.) sert de référence et doit être consignée dans le compte-rendu opératoire.

La taille de la préparation anatomopathologique (prélèvement) ne doit pas être utilisée comme référence pour la classification par taille.

Clarification 15 relative à RG.00.0050 « + Supplément pour examen de l'oreille au microscope chez les enfants jusqu'à 7 ans » - Application par côté

Si la prestation principale RG.05.0010 « Examen de l'oreille au microscope, par côté » est fournie deux fois (1x à gauche et 1x à droite), la prestation additionnelle RG.00.0050 « + Supplément pour examen de l'oreille au microscope chez les enfants jusqu'à 7 ans » peut aussi être facturée deux fois.

Clarification 7 relative à WA.10 « Temps d'anesthésie » - Interprétation de chapitre n° 1 « Activité de l'anesthésiste durant l'intervention chirurgicale (temps d'anesthésie) »

Le temps pour l'activité de l'anesthésiste correspond au minutage de la *prestation au sens restreint* qui est consigné dans la position tarifaire de la prestation médicale facturée (par exemple une intervention chirurgicale ou un examen d'imagerie). S'il s'agit d'une prestation non médicale, le temps pour l'activité de l'anesthésiste correspond au minutage du « temps d'occupation du local » de la prestation facturée.

Annexe: Aperçu des clarifications

N°	Mot-clé	Première publication le	Dernière modification
1	Définitions générales AD-07 Prix de revient	21.10.2025	
2	AA.15.0020 «Renseignements en provenance de tiers ou à des tiers et prise de renseignements auprès de tiers en l'absence du patient, par période de 1 min», AA.15.0030 «Renseignements en provenance de proches ou à des proches ou autres personnes de référence du patient en l'absence du patient, par période de 1 min» et AA.15.0040 «Entretiens avec des médecins, thérapeutes et soignants du patient, en l'absence du patient, par période de 1 min».	21.10.2025	
3	AA.15.0050 «Board d'experts médicaux en présence ou en l'absence du patient, par période de 1 min»	21.10.2025	
4	AA.20.0040 «Soins de stomie sans irrigation» et AA.20.0050 «Soins de stomie avec irrigation»	28.11.2025	
5	AK.00.0050 «Injection/perfusion par du personnel paramédical»	28.11.2025	
6	JM «Pathologie clinique» - Facturation d'échantillons	28.11.2025	
7	WA.10 «Temps d'anesthésie» - Interprétation de chapitre n° 1 «Activité de l'anesthésiste durant l'intervention chirurgicale (temps d'anesthésie)»	20.02.2026	
8	CA.15.0030 «Visite de soins palliatifs du médecin de famille, 5 premières min» - Temps de déplacement	19.05.2026	
9	EA.05 «Prestations ambulatoires par le personnel paramédical en psychiatrie à l'hôpital et dans les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins (art. 35 al. 2 let. n LAMal)» - Interprétation de chapitre n° 1 «Précision relative à la facturation» - subsidiarité	19.05.2026	
10	GG.00.0520 «Radiologie: jambe entière, une jambe ou les deux jambes» - autres clichés diagnostiques	19.05.2026	
11	GG.00.0520 «Radiologie: jambe entière, une jambe ou les deux jambes» - Indication du côté	19.05.2026	
12	GG.30.0020, GG.30.0030, GG.30.0070, GG.30.0080, GM.00.0020, GM.15.0010, GM.15.0020, GP.00.0020, GP.00.0030, GP.15.0010 et GP.15.0020 - Limites quantitatives par prestations principales	19.05.2026	
13	GG.30.0090 « Évaluation d'une densitométrie osseuse »	19.05.2026	
14	KF.10.0130 « (+) % Supplément pour diagnostic ou intervention au niveau cervical ou thoracique »	19.05.2026	
15	RG.00.0050 « + Supplément pour examen de l'oreille au microscope chez les enfants jusqu'à 7 ans » - Application par côté	19.05.2026	
16	MK.10 « Allergologie et immunologie » - Interprétation de chapitre n° 3 « Matériel de test » - Facturation	16.06.2026	
17	JM « Pathologie clinique » - matériel à usage courant	16.06.2026	
18	GM.15.0020 et GP.15.0020 - Règle de cumul	16.06.2026	
19	GK.10 et GK.25 - Règle «1x par enfant »	16.06.2026	
20	JE.00.0030 Status d'endocrinologie pédiatrique	14.07.2026	
21	AA.15.0010 « Etude de dossiers provenant de tiers, en l'absence du patient, par période de 1 min »	14.07.2026	
22	MK.25.0020 « Excision ; régions A1, B1, C1, par lésion »	14.07.2026	

23	GP.10.0010 « Examen médical complexe et technique d'une IRM exigeante, par période de 1 min »	14.07.2026	
24	Cumulation de prestations additionnelles libres et de prestations additionnelles	14.07.2026	