



18 mai 2009

Lettre-circulaire n° 277

Rapports de physiothérapie (remplace la lettre-circulaire n°258)

Vous trouverez en annexe à la présente lettre-circulaire la convention tarifaire relative au remboursement des rapports de physiothérapie, conclue entre physioswiss et les assureurs AA/AM/AI. La règle concernant le remboursement des rapports de physiothérapie par l'AI, qui avait été communiquée dans la lettre-circulaire n° 258, a été intégrée à cette convention et élargie. Un troisième type de rapport – bref, formel, avec questionnaire préétabli – s'ajoute aux deux déjà connus.

L'essentiel en bref

Les différentes positions du rapport comportent désormais des chiffres tarifaires et des valeurs de point, ce qui permettra, le cas échéant, de les intégrer par la suite au tarif de physiothérapie.

Les rapports ne sont remboursés que s'ils avaient été demandés par l'office AI. Le type de rapport souhaité (1, 2 ou 3) doit être indiqué dans la décision.

Si le physiothérapeute ne peut pas rédiger le rapport sans avoir au préalable interrogé ou examiné l'assuré, il peut facturer ce travail supplémentaire sous la position tarifaire 7350.

Annexes :

Convention
Formulaire physiothérapie

Accord

entre

**les assureurs selon la Loi fédérale
sur l'assurance-accidents,
représentés par la
Commission des tarifs médicaux LAA (CTM),**

**l'assurance militaire,
représentée par la
Suva,**

**l'assurance-invalidité (AI),
représentée par
l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS),**

ci-dessous dénommés **assureurs**

et

**l'Association suisse de physiothérapie
physioswiss,**

H+ Les hôpitaux de Suisse,

ci-dessous dénommés **fournisseurs de prestations**

concernant

l'indemnisation de rapports physiothérapeutiques

1. Point de départ

Dans le cadre de traitements thérapeutiques selon les LAA, LAM et LAI, les assureurs exigent davantage de rapports des physiothérapeutes. Comme le tarif physiothérapeutique ne prévoit pas de positions pour les rapports, les assureurs se sont entendus avec l'association professionnelle physioswiss et H+ sur l'indemnisation de ces rapports. Le tarif retenu suit étroitement le règlement existant dans le domaine AI et le remplace.

2. Indemnisation de rapports

2.1 Dispositions générales

- En donnant le mandat, l'assureur fixe le type de rapport qu'il souhaite (p.ex. un rapport 2 non formalisé) ou joint le formulaire à remplir pour un rapport formalisé. Si le mandat n'est pas concret sur ce point, le/la physiothérapeute peut supposer que l'assureur attend à peu près une (1) page A4 de texte libre et l'indemnise comme un rapport 2.
- Si le/la physiothérapeute voit des raisons opposées à un rapport dans le cadre du mandat, il/elle prend contact avec l'assureur et convient de la marche à suivre.
- Les rapports incomplets, où manquent des informations importantes, doivent être complétés sans indemnisation.
- Si l'indemnisation d'un rapport n'est pas claire, la définition du TARMED s'applique par analogie: une page de texte libre doit comporter 35 lignes au moins (police de 10 points). Cela signifie p.ex. qu'un rapport 2 (chiffre 7492) doit compter 35 lignes de texte libre environ.
- S'il est demandé une évaluation en plus du rapport, elle peut être facturée selon le chiffre 7350 (une fois).
- Ce règlement s'applique sans préjudice d'une indemnisation de rapports fixée éventuellement dans le cadre d'une future révision du tarif physiothérapeutique.
- Il ne faut pas exiger systématiquement des rapports physiothérapeutiques, mais seulement si l'assureur l'estime nécessaire pour évaluer le cas (pas d'automatisme).
- **AI:** ce règlement d'indemnisation remplace celui de la circulaire AI no 258.

2.2 Tarif

Rapport 1 – rapport formalisé

Chiffre 7491 Indemnisation forfaitaire par rapport

25 PT

Importance du rapport

une page A4 (voir annexe: Questionnaire des assureurs *)

Contenu du rapport

Il contient en général les réponses à des questions ciblées de l'assureur (rapport formalisé). Peut e.a. entrer dans le cadre de ce rapport une justification physiothérapeutique pour une 3^e ou 4^e série de traitements, la raison pour laquelle, selon vous, il est judicieux de poursuivre la thérapie ou encore une évaluation de la capacité d'effort du patient.

Rapport 2 – rapport formalisé ou non

Chiffre 7492 Indemnisation forfaitaire par rapport

50 PT

Importance du rapport

rapport formalisé de deux pages A4 ou rapport non formalisé d'une page A4 de texte libre (voir à ce propos le chiffre 2.1 par. 5 des dispositions générales du présent accord).

Contenu du rapport:

contient l'anamnèse/évolution, les objectifs thérapeutiques et le pronostic (degré probable d'amélioration du fonctionnement). Si la demande porte sur un rapport "normal", intermédiaire ou d'évolution (sans gros questionnaire spécifique), c'est en tout cas un rapport 2 au maximum.

*) Le questionnaire peut être téléchargé sur le site Web suivant:

www.zmt.ch

Rapport 3 (rapport formalisé ou non)

Chiffre 7493 Indemnisation forfaitaire par rapport

100 PT

Importance du rapport:

rapport formalisé ou non. Rapports formalisés d'une importance de trois pages A4 au moins. Rapport non formalisé de deux pages A4 au moins de texte libre (voir à ce propos le chiffre 2.1 par. 5 des dispositions générales du présent accord).

Contenu du rapport:

outre l'anamnèse/évolution, les objectifs thérapeutiques et le pronostic, il contient encore d'autres informations demandées par les assureurs.

Si l'appartenance d'un rapport à l'une des trois catégories n'est pas claire, on appliquera le chiffre 2.1, alinéa 4 des dispositions générales.

3. Conditions d'indemnisation

- Les rapports rédigés par les physiothérapeutes ne sont indemnisés que s'ils ont été demandés au préalable par l'assureur. Les rapports envoyés sans demande préalable ne sont pas indemnisés. La charge de la preuve que l'assureur a demandé un rapport appartient au fournisseur de prestations qui facture.
- L'indemnisation va directement au fournisseur de prestations et vient généralement à échéance 30 jours après la facturation.
- Pour le traitement d'assurés AI s'applique l'art. 5 des dispositions d'application de la convention tarifaire du 1^{er} septembre 1997.

4. Entrée en vigueur / résiliation

Le présent accord entre en vigueur le 1^{er} avril 2009 et court pour 2 ans, dans le cadre d'un projet pilote. Après 18 mois à compter de l'entrée en vigueur, les partenaires contractuels se livreront à une évaluation de l'indemnisation des rapports.

Sursee, Lucerne, Berne, le 20 mars 2009

**Commission des tarifs médicaux LAA
(CTM)**

**Suva
Division assurance militaire**

le président

le directeur

Felix Weber

Stefan A. Dettwiler

**Office fédéral des assurances sociales
Secteur de l'assurance-invalidité**

le vice-directeur

Alard du Bois-Reymond

**physioswiss
Association suisse de physiothérapie**

la présidente

la secrétaire générale

Omega Erika Huber

Maja Müller

H+ Les hôpitaux de Suisse

le président

le directeur

Charles Favre

Bernhard Wegmüller

Annexe: questionnaire des assureurs (rapport formalisé 1)

Institut de physiothérapie

Destinataire

Coordonnées du patient

Nom Prénom

Rue NPA / Domicile

Date de naissance

CM / Assureur No d'ass./accident
XXXXX

Diagnostic de transfert

Objectifs du traitement

Evaluation essentielle

p.ex. mesure de la mobilité articulaire, de la force, des douleurs - indication de la méthode et de la valeur mesurée

Mesure d'entrée effectuée le

Mesure actuelle effectuée le

Coopération du patient

bonne suffisante inconsistente élargissement des symptômes

Appréciation / Procédure / Questions

Aide à la décision relative à la capacité de travail

Capacité de travail exigible du point de vue physiothérapeutique à partir de la semaine

totale partielle incapable de travailler

Date

Signature