

Application des tarifs: Bon à savoir

Partie 13, newsletter de novembre 2025

Les écrits restent! Renseignements, comptes-rendus et expertises en physiothérapie

Les renseignements professionnels fournis par les physiothérapeutes sont nécessaires dans certaines situations. Quand l'obligation de renseigner incombe-t-elle aux physiothérapeutes et quelle rémunération perçoivent-ils/elles pour cela?

Les compétences des physiothérapeutes sont appréciées et recherchées. Mais comment la charge de travail supplémentaire induite par la communication de renseignements est-elle indemnisée? Dans un premier temps, il convient de clarifier **les raisons** pour lesquelles ces renseignements sont demandés et **les personnes** à l'origine de ces demandes. Vous trouverez des informations détaillées ainsi que des modèles de courrier et de facture dans notre nouvelle [fiche «Renseignements, comptes-rendus et demandes dans le domaine de la physiothérapie»](#) disponible dans l'espace réservé aux membres.

Les renseignements peuvent être classés dans les catégories suivantes: «**Compte-rendu**», «**Demande de prise en charge: application étendue de la position tarifaire 7311**», «**Informations pour le contrôle des factures**» et «**Échange interdisciplinaire**».

Alors que les trois premières catégories de renseignements sont adressées soit à une caisse-maladie, soit à l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité ou l'assurance militaire, les renseignements fournis dans le cadre de l'échange interdisciplinaire concernent d'autres prestataires.

Rapports destinés aux caisses-maladie

Les comptes-rendus concernant la prise en charge des frais doivent être rédigés par les **médecins** traitants, conformément à l'article 5, paragraphe 4 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Parfois, les assurances exigent (en plus) un compte-rendu physiothérapeutique.

Les physiothérapeutes n'ont en aucun cas l'obligation de rédiger des comptes-rendus dans ce cadre. Ils ou elles peuvent toutefois le proposer à la caisse-maladie en tant que prestation supplémentaire. Il s'agit alors d'une prestation distincte à charge de la caisse-maladie. Dans ce cas, l'assurance reçoit le compte-rendu à condition d'indemniser les physiothérapeutes pour ce travail. Une telle procédure d'indemnisation doit être convenue par écrit avant la réalisation de la prestation.

Demande de prise en charge auprès des caisses-maladie

Les physiothérapeutes peuvent soumettre une demande de prise en charge dans le **cadre de l'application étendue de la position tarifaire 7311 dans le domaine de la LAMal**. Cette demande contient une justification fondée et basée sur le diagnostic. Elle ne peut pas faire l'objet d'une indemnisation.

Important: une demande de prise en charge pour la poursuite du traitement doit être formulée par le médecin (art. 5, § 4 OPAS). Im Rahmen einer Verordnung für Medizinische Trainingstherapie (MTT) ist im KVG und im UV/MV/IV-Bereich keine vorgängige Kostengutsprache notwendig.

Informations pour le contrôle des factures

Le prestataire doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Si une caisse-maladie ou un·e patient·e a besoin d'informations supplémentaires pour évaluer une facture au regard des trois critères efficacité, adéquation et économicité (EAE), les physiothérapeutes sont dans l'obligation de les lui communiquer à titre gratuit. Ces informations sont demandées par l'assurance **après** réception de la facture et doivent porter sur des questions spécifiques dans des cas concrets.

Échange interdisciplinaire

Un bref échange sur le déroulement du traitement des patient·e·s commun·e·s fait partie de la collaboration interdisciplinaire. Par conséquent, de brefs comptes-rendus sous forme de mots-clés sont généralement mis à disposition des professionnels impliqués dans le traitement sans contrepartie financière dans la mesure où ils s'inscrivent dans cette collaboration. Souvent, ces comptes-rendus peuvent être exportés depuis les logiciels de gestion de la patientèle utilisés par les cabinets.

Rapports pour le domaine de l'AA/AM/AI

Depuis le 1^{er} juillet 2025, les positions tarifaires pour la rédaction de rapports dans le domaine de l'AA/AM/AI sont directement intégrées dans la structure tarifaire (positions tarifaires 25.730–25.750). Un rapport peut uniquement être facturé s'il est explicitement demandé par l'assurance. L'indemnisation est forfaitaire et dépend du volume du rapport:

- Rapport 1 (25.730): Une page A4 contenant les réponses à des questions ciblées de l'assureur.
- Rapport 2 (25.740): Deux pages A4 contenant les réponses à des questions ciblées (rapport formalisé) ou 660–2100 caractères (rapport non formalisé).
- Rapport 3 (25.750): Trois pages A4 contenant les réponses à des questions ciblées (rapport formalisé) ou 2101–3600 caractères (rapport non formalisé).

Les rapports rédigés délibérément ne peuvent pas être facturés.

Remarque:

La facturation de ces rapports est uniquement possible dans le domaine de l'AA/AM/AI. Il n'existe pas de position tarifaire analogue pour le domaine de la LAMal.

Bon à savoir

«Bon à savoir» est une série d'informations utiles de notre newsletter mensuelle, consacrée à l'application des tarifs et aux difficultés qu'elle peut engendrer. Elle traite de questions qui préoccupent nos membres et auxquelles notre équipe 'Tarif' apporte des réponses au quotidien.