

Fiche de Recommandations

Facturation en Lymphologie

1. Conditions pour facturer un "Traitement Complexe" (Position tarifaire 7311)

Pour utiliser la position tarifaire **7311** (assurance-maladie), deux conditions majeures doivent être remplies :

- **Le type de trouble** : Il doit s'agir d'un trouble du système lymphatique nécessitant un traitement complexe, tel qu'un **lymphœdème primaire** (congénital) ou **secondaire** (acquis), un **lipœdème** ou un **phlébolymphœdème**.

☞ *Attention* : Le drainage lymphatique pour des œdèmes post-traumatiques simples (accident ou intervention) se facture avec la position **7301** (physiothérapie générale), car ils se résorbent généralement en quelques semaines.

- **La formation du thérapeute** : Le ou la physiothérapeute doit avoir achevé une formation continue d'au moins **90 heures** en « physiothérapie lymphologique » et posséder un diplôme correspondant.

2. Rythme et fréquence des séances

- **Forfait par séance** : Le tarif est basé sur des forfaits par séance. On ne peut facturer qu'un seul forfait par séance de thérapie.
- **Deux séances par jour** : La facturation de deux séances le même jour n'est possible que si deux traitements distincts ont été réalisés et que la mention « **2 fois par jour** » figure explicitement sur l'ordonnance médicale.
- **Prestations réparties** : Si les soins sont simplement répartis sur la journée (exemple : drainage le matin, bandage l'après-midi), le forfait ne peut être facturé qu'une seule fois.

3. Facturation du matériel de traitement (Position 7361)

Le matériel utilisé pour les bandages peut être facturé en sus des séances (positions 7301, 7311, 7330) sous la position **7361**.

- **Matériel admis** : Matériel de pansement/rembourrage (quantité en cm, unité) nous pouvons justifier tout le matériel en lymphologie sous ce critère (y compris bandage velcro, mousses structurées, compression structurée, etc)
- **Détails requis sur la facture** : Il faut spécifier la catégorie du matériel, les quantités exactes (unités comprises) et le **prix d'achat** (incluant la TVA et après déduction des rabais).
- **Exclusion** : Les produits consommables (hygiène, gants, draps d'examen) font partie des frais d'infrastructure du cabinet et **ne peuvent pas** être facturés au patient ou à l'assureur.

4. Facturation par le technicien orthopédiste, par la pharmacie selon la LiMA ou selon le tarif ASTO

Dans le cadre de la LiMA, les bas de compression circulaires peuvent être fournis et facturés aussi bien par un technicien orthopédiste que par une pharmacie.

En revanche, la compression sur mesure tricotée à plat ne peut pas être délivrée par une pharmacie, car sa facturation relève du tarif ASTO réservé aux techniciens orthopédistes.

Prise en charge des différentes confections de compression (circulaire, tricoté à plat) et des systèmes médicalement ajustables

La LiMA (Liste des Moyens et Appareils) définit les limites de remboursement pour les dispositifs de compression :

- **Confection circulaire (17.02) :** Limités à 2 paires par an (ou 2 pièces en cas d'utilisation unilatérale). Ne sont pas remboursés par l'AI.
- **Confection rectiligne/plat (17.15) :** Il n'y a pas de limitation stricte du nombre par an, le tricoté à plat est un traitement, il doit donc pouvoir être renouvelé en cas de nécessité d'adaptation du traitement ou de changement de morphologie. La prise en charge par l'assurance est stricte selon les indications à retrouver à la position 17.15 de la LiMA. La confection tricotée à plat est facturée et remboursée selon les positions du tarif ASTO se référant à la position LiMA 17.15.

Pour les patients en âge AI : Dans un premier temps, la prise en charge se fait par l'assurance maladie. Si le traitement devient de longue durée, une demande auprès de l'AI peut-être envisagée.

Systèmes de compression médicalement ajustables (Wraps système à velcros - 17.06)

Désormais remboursés via la LiMA, limités à 1 set par membre tous les 6 mois. Ils ne peuvent pas être facturés simultanément avec des bas de compression (circulaire ou tricoté à plat) pour le même membre sur la même période.

Un système de compression médicalement ajustable (type wrap) ne peut pas être facturé pour un même membre sur la même période (6 mois) qu'un bas circulaire ou tricoté à plat, sauf si justification médicale d'une phase de décongestion complexe (avec drainage et réduction de volume).

Dans ce cas, le wrap peut être facturé pendant la **phase de décongestion** puis un bas peut être facturé ensuite pour la **phase de stabilisation** même si l'intervalle entre les deux est inférieur à six mois.

Formalités administratives et remboursement :

- **Premières séances :** Les **9 premières séances** sont remboursées sans accord préalable de l'assurance accident (la prescription doit être jointe à la facture).
- **Suivi du traitement :** Dès la deuxième prescription, celle-ci doit être envoyée à l'assureur accident **avant** le début du traitement.

Assurance accident :

- **Traitement de longue durée :** Si le traitement dépasse **36 séances**, une demande de garantie de prise en charge pour traitement de longue durée doit être remplie conjointement par le médecin et le physiothérapeute et soumise à l'assurance.
- **Délai d'intervention :** L'accord de l'assurance accident est réputé acquis si elle n'intervient pas dans les **dix jours ouvrables** suivant la soumission.

Assurance maladie :

- **Traitement de longue durée :** Si le traitement dépasse **36 séances**, une demande de garantie de prise en charge pour traitement de longue durée doit être fait par le médecin et soumise à l'assurance pour approbation.

☞ **Conseil pratique :** Pour garantir le remboursement, assurez-vous que le diagnostic (ex: Lymphœdème, Lipœdème) est clairement indiqué sur l'ordonnance, ainsi que les spécificités comme la "thérapie décongestive complexe".

Il est tout à fait exact que la structure tarifaire pour l'assurance-accidents (AA), l'assurance-militaire (AM) et l'assurance-invalidité (AI) a radicalement changé par rapport au régime de la LAMal (assurance-maladie).

Voici les principales différences basées sur vos documents, notamment le document "Facturation" :

1. Mode de calcul : Forfait vs Temps

- **Tarif LAMal** : Le système reste basé sur des **forfaits par séance**. Peu importe la durée précise de la séance, on facture une position unique (ex: **7311** pour un traitement complexe, valant 77 points). On ne peut facturer qu'un seul forfait par séance, même si les prestations sont réparties sur la journée.
- **Tarif Accident (AA/AM/AI)** : Le nouveau système abandonne le forfait pour une facturation **à la durée**, par tranches de **5 minutes**. La position principale est la **25.110** (Traitement du patient en séance individuelle), qui vaut **10.03 points par période de 5 minutes**.

2. Nouvelles positions tarifaires (AA/AM/AI)

Le document "Facturation" introduit de nouveaux numéros de code pour le régime accident :

- **25.110** : Traitement de base (séance individuelle).
- **25.710** : Tâches d'évaluation et de coordination **en l'absence du patient** (ex: rapports, analyse de tests, communication avec l'assureur). Cette position est facturée par période de 5 minutes, avec un maximum de **60 minutes toutes les 9 séances**.
- **25.610** : Supplément pour un second physiothérapeute si nécessaire.
- **25.770** : Indemnité de déplacement facturée à la **minute** (2.32 points/min), contrairement au forfait LAMal.

3. Limites de durée quotidienne

- **LAMal** : On ne peut facturer deux séances le même jour que si l'ordonnance mentionne explicitement "2 fois par jour" pour deux traitements distincts.
- **Accident (Nouveau tarif)** : La durée totale du traitement est limitée à **75 minutes maximum par jour**. Contrairement à la LAMal, ce temps peut être **réparti librement sur la journée** selon les besoins du traitement.

4. Facturation du matériel (Position 7361 vs 25.810)

La méthode de calcul du prix du matériel diffère également entre les deux régimes :

- **Sous LAMal (7361)** : Le matériel est facturé au **prix d'achat effectif** (TVA incluse et après déduction des rabais).
- **Sous Accident (25.810)** : Le physiothérapeute facture le prix d'achat **+ 10% de marge**, plus la TVA. De plus, le matériel pour le régime accident n'est plus facturé via la LiMA mais directement via cette position spécifique.

Résumé comparatif

Caractéristique	Tarif LAMal (Maladie)	Nouveau Tarif AA/AM/AI (Accident)
Unité de facturation	Forfait par séance (ex: 7301, 7311)	Période de 5 minutes (ex: 25.110)
Valeur	77 points pour un traitement complexe	10.03 points par 5 minutes
Gestion du temps	Forfait unique par séance	Jusqu'à 75 min/jour , fractionnable
Coordination hors patient	Non spécifié comme code distinct ici	25.710 (max 60 min / 9 séances)
Marge sur matériel	Prix d'achat net	Prix d'achat + 10% (+ TVA)

Note importante : Pour le régime accident, le temps d'attente entre deux patients (accueil, fin de visite) est inclus dans le temps de traitement facturable. En cas de traitement très long (au-delà des limites standards), une garantie de prise en charge préalable est requise.

Lausanne, le 16 juin 2026