

## Convention

N° IP-201.690

entre

**senesuisse**  
Kapellenstrasse 14  
Postfach  
3001 Bern

ci-après « **l'association** »

et

**CSS Assurance-maladie SA**  
Tribtschenstrasse 21  
CH-6005 Lucerne

y c. les assureurs LAMal du groupe CSS énumérés dans l'annexe 1

ci-après « **CSS** »

concernant

**les soins ambulatoires dans les logements avec services**

**valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017**

En cas de contestations, la version allemande fait foi

(toutes les dénominations de personnes s'appliquent pour les deux genres)

**Table des matières**

<b>Art. 1</b>	<b>Parties .....</b>	<b>3</b>
<b>Art. 2</b>	<b>Affiliation à la convention .....</b>	<b>3</b>
<b>Art. 3</b>	<b>Adhésion à la convention .....</b>	<b>3</b>
<b>Art. 4</b>	<b>Domaine d'application .....</b>	<b>4</b>
<b>Art. 5</b>	<b>Conditions à la fourniture des prestations .....</b>	<b>4</b>
<b>Art. 6</b>	<b>Evaluation des soins requis .....</b>	<b>4</b>
<b>Art. 7</b>	<b>Prescription médicale / déclaration des soins requis .....</b>	<b>5</b>
<b>Art. 8</b>	<b>Modification des soins requis.....</b>	<b>5</b>
<b>Art. 9</b>	<b>Prescriptions, facturation et remboursement.....</b>	<b>6</b>
Art. 9.1	Prescriptions	6
Art. 9.2	Facturation	6
Art. 9.3	Remboursement	6
<b>Art. 10</b>	<b>Caractère économique et assurance qualité .....</b>	<b>7</b>
<b>Art. 11</b>	<b>Confidentialité, protection des données et obligation de garder le secret.....</b>	<b>7</b>
<b>Art. 12</b>	<b>Devoir d'informer.....</b>	<b>8</b>
<b>Art. 13</b>	<b>Devoir d'informer des fournisseurs de prestations .....</b>	<b>8</b>
<b>Art. 14</b>	<b>Début, durée et résiliation de la convention .....</b>	<b>8</b>
<b>Art. 15</b>	<b>Annexes à la convention.....</b>	<b>8</b>
<b>Art. 16</b>	<b>Forme écrite.....</b>	<b>9</b>
<b>Art. 17</b>	<b>Clause salvatrice .....</b>	<b>9</b>
<b>Art. 18</b>	<b>Droit applicable / instance de conciliation.....</b>	<b>9</b>
<b>Art. 19</b>	<b>Dispositions finales.....</b>	<b>9</b>
<b>Annexe 2</b>	<b>– Fournisseurs de prestations adhérents .....</b>	<b>12</b>
<b>Annexe 3</b>	<b>– Tarif applicable.....</b>	<b>13</b>
<b>Annexe 4</b>	<b>– Déclaration des soins requis.....</b>	<b>15</b>
<b>Appendice 1</b>	<b>à l'annexe 4 – Liste des prestations selon art. 7, al. 2 OPAS.....</b>	<b>16</b>
<b>Appendice 2</b>	<b>à l'annexe 4 – Fiche de planification des prestations selon RAI-Home-Care ...</b>	<b>17</b>
<b>Annexe 5</b>	<b>– Convention relative au contrôle des assureurs maladie.....</b>	<b>18</b>

## **Art. 1 Parties**

- <sup>1</sup> Les parties à la présente convention sont senesuisse, ci-après « l'association », ainsi que CSS Assurances maladie SA et les assureurs mentionnés dans l'annexe 1, ci-après « CSS ».
- <sup>2</sup> D'autres assureurs peuvent adhérer à la présente convention, sous réserve de l'accord des assureurs CSS parties à la convention et de l'association. Les assureurs correspondants sont mentionnés dans l'annexe 1.
- <sup>3</sup> CSS est habilitée à effectuer toutes les actions liées à la présente convention au nom et pour le compte des assureurs mentionnés dans l'annexe 1.

## **Art. 2 Affiliation à la convention**

- <sup>1</sup> Les assureurs s'affiliant à la présente convention reprennent sans réserve toutes les dispositions de cette convention, avec tous ses éléments.
- <sup>2</sup> En cas de modification des parties à la convention, les assureurs CSS en informent toutes les parties.
- <sup>3</sup> L'affiliation à la présente convention se fait sous réserve de l'accord des autorités compétentes (art. 46, al. 1 LAMal).

## **Art. 3 Adhésion à la convention**

- <sup>1</sup> Peuvent adhérer à la présente convention les fournisseurs de prestations qui remplissent les conditions de l'art. 51 OAMal (ordonnance sur l'assurance-maladie), qui disposent d'une autorisation selon le droit cantonal et dont l'activité principale consiste en la fourniture de prestations de soins ambulatoires dans des logements avec services. Font exception les fournisseurs de prestations dont la base d'intervention est située en dehors des logements avec services, par exemple les organisations d'aide et de soins à domicile, et dont l'activité principale est destinée à des clients vivant hors de logements avec services.
- <sup>2</sup> L'adhésion des fournisseurs de prestations implique la pleine reconnaissance de la présente convention, avec toutes ses annexes.
- <sup>3</sup> Les fournisseurs de prestations doivent remplir les exigences légales, disposer du personnel nécessaire et apporter les justificatifs correspondants.
- <sup>4</sup> La procédure d'adhésion est engagée par senesuisse après signature complète de la convention et est basée sur ses directives. Un fournisseur de prestations adhère au moyen d'une déclaration envers la partie à la convention dans un délai de 45 jours à compter de l'engagement de la procédure d'adhésion.
- <sup>5</sup> Les fournisseurs de prestations actifs en Suisse et autorisés au sens de la loi qui ne sont pas membres de la partie à la convention peuvent adhérer au moyen d'une déclaration écrite à l'association senesuisse. La procédure d'adhésion et les coûts sont basés sur ses conditions.
- <sup>6</sup> senesuisse informe régulièrement les partenaires à la convention de la liste actualisée des fournisseurs de prestations affiliés (annexe 2).

#### **Art. 4 Domaine d'application**

- 1 La présente convention règle l'application des tarifs fixés par la loi ainsi que les processus administratifs pour les prestations de soins ambulatoires dans le sens des art. 25a LAMal (loi sur l'assurance-maladie), art. 51 OAMal et art. 7 ss. OPAS (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins).
- 2 Les prestations de soins sont fournies aux assurés vivant dans des logements avec services (organisations d'aide et de soins à domicile ou homes pour personnes âgées, appartements protégés et autres offres comparables).
- 3 Si l'application de cette réglementation entraîne des conflits avec l'organisation d'aide et de soins à domicile, les parties à la convention (senesuisse, les fournisseurs de prestations et CSS) recherchent le dialogue, afin de permettre une mise en œuvre correcte de cette convention.
- 4 Cette convention s'applique aux personnes assurées auprès d'un assureur mentionné à l'annexe 1 et ayant droit à ces prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.

#### **Art. 5 Conditions à la fourniture des prestations**

- 1 Les assureurs prennent en charge les coûts des soins ambulatoires selon art. 7, al. 2 et art. 8 OPAS fournis sur la base d'une évaluation des soins requis, d'une prescription médicale ou dans le cadre d'un mandat médical d'organisations d'aide et de soins à domicile, et remplissant les conditions de l'art. 51 OAMal.
- 2 Si la durée de soins indiquée dans la convention, à savoir maximum 160 minutes par jour en moyenne, est dépassée pendant plus d'une période de facturation, le logement avec services ne correspond pas à la situation initiale, telle qu'elle a été présentée par les délégations de négociation lors de la conclusion de cette convention. Le classement sur la base des montants prévus à l'art. 7a, al. 3 OPAS est nécessaire.
- 3 Si un nouveau classement et une rémunération selon art. 7a, al. 3 OPAS sont refusés par le fournisseur de prestations et/ou l'assuré, le fournisseur ou un assureur en informe senesuisse.

#### **Art. 6 Evaluation des soins requis**

- 1 L'art. 8 OPAS exige la réalisation d'une évaluation des soins requis. Les fournisseurs de prestations sont libres dans le choix de l'instrument d'évaluation des soins requis pour les prestations de soins ambulatoires.
- 2 L'évaluation écrite des soins requis comprend l'appréciation de l'état général du patient, l'évaluation de son entourage ainsi que celle des soins et de l'aide dont il a besoin. Les prestations de fournisseurs de prestations externes (soins) sont également évaluées. L'évaluation des soins requis est réalisée par un/e infirmier/ère diplômé/e qualifiée pour cela (cf. art. 8, al. 2 OPAS et art. 49 OAMal).
- 3 Le résultat doit être consigné avec le médecin sur le formulaire de déclaration des soins requis selon annexe 4.
- 4 L'évaluation des soins requis est réalisée au début de la fourniture des prestations et doit être terminée au plus tard 14 jours après le début de l'engagement.

## **Art. 7 Prescription médicale / déclaration des soins requis**

- <sup>1</sup> Les prestations de soins infirmiers requièrent une prescription médicale. La déclaration présente les soins requis prévisibles.

Le mandat médical ou la prescription médicale doivent être limités dans le temps. Ils peuvent être établis pour

- a) maximum 3 mois pour des patients souffrant de maladies aiguës
- b) maximum 6 mois pour des patients de longue durée

Le mandat médical et la prescription médicale peuvent être renouvelés.

- <sup>2</sup> Le formulaire de déclaration des soins requis doit être entièrement complété et transmis à l'assureur immédiatement après sa signature par le médecin et la personne responsable du fournisseur de prestations. Lorsque cela n'est pas possible, le formulaire est transmis au plus tard avec la première facture.
- <sup>3</sup> Les dates du début du traitement et de la prescription doivent être identiques. Les prescriptions rétroactives ne sont pas possibles.
- <sup>4</sup> Si l'assureur ne fait pas opposition dans les 14 jours à compter de la réception de la déclaration des soins requis, l'obligation de prise en charge est acquise, sous réserve du principe de l'art. 32 LAMal (les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques) et des art. 56 et 59, al. 1, let. b LAMal.
- <sup>5</sup> La déclaration des soins requis comprend les données suivantes :
- a) les données de l'assuré : nom, prénom, rue, NPA, localité, date de naissance, sexe, au moins un numéro d'identification correct (numéro de l'assuré, numéro d'assurance sociale, numéro de la carte d'assuré),
  - b) le motif du traitement (maladie ou accident),
  - c) le nom de l'assureur,
  - d) le numéro du registre des codes-crédanciers (N° RCC) du fournisseur de prestations / le numéro GLN/EAN en cas de facturation électronique,
  - e) le médecin prescripteur et le numéro RCC, si disponible,
  - f) le début et la durée de validité de l'ordonnance médicale,
  - g) le besoin prévisible de prestations annexes,
  - h) le nombre de minutes prévisible par type de prestation selon art. 7, al. 2, let. a) à c) OPAS pour la durée de validité de la prescription

## **Art. 8 Modification des soins requis**

- <sup>1</sup> En cas de modification durable des soins requis, une nouvelle évaluation des soins requis est effectuée.
- <sup>2</sup> En cas de modification temporaire des soins requis, cette modification – sans nouvelle évaluation des soins requis – doit être annoncée à l'assureur.

## **Art. 9 Prescriptions, facturation et remboursement**

### **Art. 9.1 Prescriptions**

Les assureurs CSS prennent en charge les coûts des prestations convenues selon la prescription médicale, les dispositions de la LAMal, de l'OAMal, de l'OPAS et l'étendue des prestations selon art. 5 de la présente convention.

### **Art. 9.2 Facturation**

<sup>1</sup> La facture doit contenir :

- a) les données de l'assuré : nom, prénom, rue, NPA, localité, date de naissance, sexe, au moins un numéro d'identification correct (numéro de l'assuré, numéro d'assurance sociale, numéro de la carte d'assuré),
- b) le nom de l'assureur maladie compétent (nom, adresse, NPA, localité),
- c) le numéro du registre des codes-créanciers (N° RCC) du fournisseur de prestations / le numéro GLN/EAN en cas de facturation électronique,
- d) le cas échéant, les données relatives au fournisseur de prestations référent ou prescripteur (nom, prénom, NPA, localité, numéro RCC et GLN),
- e) le motif du traitement (maladie ou accident),
- f) la date de facturation, le numéro de la facture et le montant total,
- g) les détails de facturation (tarif, position, désignation du tarif, le nombre de points, la valeur du point),
- h) un calendrier,
- i) indication si l'assuré vit dans un logement avec services.

<sup>2</sup> La facturation se fait mensuellement.

<sup>3</sup> Pour les traitements ambulatoires s'étendant au-delà de la fin de l'année, une facture intermédiaire doit être établie au 31.12. Si un assuré change d'assureur au 30.6, le fournisseur de prestations établit, sur demande de l'assureur, une facture intermédiaire au plus tard pour le 15.8 de l'année en cours.

<sup>4</sup> La facturation à l'assureur CSS et la transmission des données de facturation lors de la facturation se font sans frais.

<sup>5</sup> On s'efforcera d'utiliser l'échange électronique de données selon les normes et directives du Forum pour l'échange électronique de données (standard xml).

### **Art. 9.3 Remboursement**

<sup>1</sup> Les parties à la convention conviennent que l'assureur CSS doit le remboursement (système du tiers payant). Le fournisseur de prestations remet sans frais une copie de la facture aux assurés.

<sup>2</sup> Les tarifs applicables sont mentionnés dans l'annexe 3.

- <sup>3</sup> Les assureurs CSS remboursent exclusivement, au fournisseur de prestations, les coûts des prestations de l'assurance obligatoire des soins.
- <sup>4</sup> Seules sont remboursées par l'assureur CSS les factures conformes à la présente convention et à la loi. Si ce n'est pas le cas, l'assureur CSS exige, de la part du fournisseur de prestations, l'établissement d'une nouvelle facture conforme à la présente convention et à la loi.
- <sup>5</sup> L'assureur CSS rembourse au fournisseur de prestations le montant dû dans un délai de 30 jours à compter du moment où l'assureur dispose ou aurait pu disposer de tous les documents nécessaires pour le contrôle de la facture conforme à la présente convention et à la loi (selon art. 42, al. 3 LAMal). Le remboursement ne signifie pas que CSS renonce à faire valoir les art. 56 et 59, al. 1, let. b LAMal.
- <sup>6</sup> Aucun intérêt moratoire n'est dû.
- <sup>7</sup> En cas de réclamations justifiées, le délai de paiement est suspendu, conformément à l'art. 9.3, al. 5.
- <sup>8</sup> Tout droit à une compensation par des contre-prestations entre les parties est exclu.
- <sup>9</sup> Les dépenses personnelles et les prestations non prises en charge par l'AOS sont facturées directement aux patients par les fournisseurs de prestations.
- <sup>10</sup> Le fournisseur de prestations facture sur la base du tarif correspondant aux soins fournis, selon annexe 3. Une facturation par avance n'est pas admise.
- <sup>11</sup> Le paiement des montants pour les prestations selon art. 7 LAMal couvre l'ensemble des prestations de soins relevant de l'Assurance-maladie.
- <sup>12</sup> Le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de prestations selon art. 7 LAMal pendant que le patient se trouve dans un hôpital ou un home médicalisé (y c. soins aigus et de transition stationnaires). Cela ne s'applique pas pour les jours d'entrée et de sortie. Par ailleurs, le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de prestations ambulatoires pendant que le patient reçoit des soins aigus ou de transitions ambulatoires.

## **Art. 10 Caractère économique et assurance qualité**

- <sup>1</sup> Les prestations de soins doivent être fournies de manière efficace, appropriée et économique (art. 32 LAMal). Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (art. 56 et 59, al. 1, let. b LAMal). Il évalue les soins requis dans ce but.
- <sup>2</sup> Des mesures d'assurance qualité et de promotion de la qualité selon les art. 22a, 58 LAMal et 77 OAMal peuvent être convenues dans un contrat séparé, sur la base du projet des indicateurs de qualité médicaux.

## **Art. 11 Confidentialité, protection des données et obligation de garder le secret**

Le traitement et la transmission des données dans le cadre de la présente convention se font selon les dispositions du droit fédéral.

## **Art. 12 Devoir d'informer**

Les fournisseurs de prestations reconnaissent que la loi leur impose un devoir d'information particulier envers leurs patients (notamment par le droit du mandat selon CO [Code des obligations]) concernant les prestations de l'assurance-maladie sociale et les coûts non couverts par l'assurance obligatoire des soins. Ils sont tenus d'informer par écrit des coûts non couverts par l'assurance obligatoire des soins.

## **Art. 13 Devoir d'informer des fournisseurs de prestations**

Les assureurs ont le mandat légal de contrôler l'obligation de prendre en charge et l'économie des prestations qui leur sont facturées. Dans ce but, ils effectuent les contrôles suivants :

1. Contrôle des documents remis à l'assureur par l'organisation d'aide et de soins à domicile
2. Contrôle de dossiers de clients chez le fournisseur de prestations
3. Contrôles au cas par cas chez l'assuré

Le processus de contrôle est décrit dans l'annexe 5.

## **Art. 14 Début, durée et résiliation de la convention**

- <sup>1</sup> La présente convention entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Elle peut être résiliée par chaque partie à la convention avec un délai de préavis de 6 mois pour la fin d'une année civile.
- <sup>2</sup> Un fournisseur de prestation individuel peut résilier la convention avec un délai de préavis de 6 mois pour la fin d'une année civile. La résiliation de certaines parties de la convention ou de certaines annexes, ainsi que la résiliation envers certains assureurs n'est pas possible. Les fournisseurs de prestations remettent leur résiliation écrite à l'association. L'association informe immédiatement les assureurs CSS. La convention reste intégralement applicable pour les autres parties et fournisseurs de prestations.
- <sup>3</sup> La présente convention remplace tous les contrats tarifaires et toutes les conventions tarifaires portant sur le même objet pour l'association, les fournisseurs de prestations et les assureurs CSS liés par la présente convention, y compris les éventuels contrats et conventions ayant été conclus avec des organisations antérieures.

## **Art. 15 Annexes à la convention**

Les annexes ci-après font partie intégrante de la présente convention et ne peuvent pas être résiliées séparément. Les parties peuvent modifier ces annexes à tout moment au moyen de déclarations écrites faites d'un commun accord, sans résiliation formelle.

- |          |   |
|----------|---|
| Annexe 1 | Assureurs affiliés                                    |
| Annexe 2 | Fournisseurs de prestations adhérents                 |
| Annexe 3 | Tarif applicable                                      |
| Annexe 4 | Déclaration des soins requis                          |
| Annexe 5 | Convention relative au contrôle des assureurs maladie |



## **Art. 16 Forme écrite**

Toute modification et tout complément à la présente convention et à ses annexes requiert la forme écrite et doit être signé valablement par toutes les parties à la convention. Les modifications soumises au contrôle selon art. 46, al. 4 LAMal se font sous réserve de l'accord des autorités compétentes.

## **Art. 17 Clause de sauvegarde**

Dans le cas où une ou plusieurs des dispositions de la présente convention devraient s'avérer inapplicables, invalides ou nulles, cela ne touche pas les autres dispositions de cette convention. Les parties s'engagent à remplacer les dispositions inapplicables, invalides ou nulles par des dispositions les plus proches possible du sens et de la portée économique de celles-ci. Les modifications soumises au contrôle selon art. 46, al. 4 LAMal se font sous réserve de l'accord des autorités compétentes.

## **Art. 18 Droit applicable / instance de conciliation**

- <sup>1</sup> Le droit suisse est applicable.
- <sup>2</sup> En cas de litige, les parties recherchent une solution à l'amiable avant de résilier la convention ou d'engager une procédure judiciaire.
- <sup>3</sup> La procédure en cas de litige est basée sur l'art. 89 LAMal.

## **Art. 19 Dispositions finales**

La présente convention est établie et signée en 3 exemplaires. Chaque partie à la convention ainsi que l'autorité d'approbation reçoivent un exemplaire de celle-ci.

**senesuisse**

Berne, le .....

.....

Clovis Défago  
Président

.....

Christian Streit  
Directeur

**CSS Assurance-maladie SA**, Lucerne, le .....

.....

Luca Emmanuele  
Chef Gestion des achats Prestations  
Membre de la direction

.....

Barbara Fontana  
Spécialiste Conventions tarifaires Ambulatoires

## **Annexe 1 – Assureurs affiliés**

Les assureurs suivants sont affiliés à la présente convention :

- CSS Assurance-maladie SA, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern
- Arcosana AG, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern
- INTRAS Assurance-maladie SA, Av. de Valmont 41, 1000 Lausanne 10
- Sanagate AG, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern

## Annexe 2 – Fournisseurs de prestations adhérents

Conformément à l'art. 3 de la présente convention tarifaire, celle-ci s'applique aux fournisseurs de prestations suivants :

Fournisseurs de prestations	N° RCC / GLN
	N° RCC / GLN

## Annexe 3 – Tarif applicable

### Art. 1 Remboursement

- <sup>1</sup> Les parties à la convention conviennent les tarifs suivants, conformément aux prestations à prendre en charge selon art. 4 de la présente convention tarifaire :

Tarif 964 chiffre tarifaire	LAMal	La base est constituée par les contributions aux organisations d'aide et de soins à domicile selon art. 7a, al. 1 OPAS
96401	Art. 7, al. 2 a)	Evaluation, conseils et coordination
96402	Art. 7, al. 2 b)	Examens et traitements
96403	Art. 7, al. 2 c)	Soins de base

- <sup>2</sup> Le coût des soins est saisi par soin fourni. Le temps d'intervention est saisi par tranches de 5 minutes. Le temps d'intervention maximal pour des prestations selon art. 7, al. 2, let. a-c est de 160 minutes par jour d'intervention, en moyenne par période de facturation.
- <sup>3</sup> Pour les prestations de soins en faveur d'assurés vivant en dehors des logements avec services (organisation d'aide et de soins à domicile ou homes pour personnes âgées, appartements protégés et autres offres comparables) affiliés à la présente convention, l'organisation d'aide et de soins à domicile peut facturer les montants selon art. 7a, al. 1 OPAS sans plafond de coût.
- <sup>4</sup> Aucun supplément pour la fourniture de soins la nuit, le week-end ou lors des fêtes générales ne peut être facturé.
- <sup>5</sup> Le montant final (total de toutes les prestations à prendre en charge) doit être arrondi aux 5 centimes les plus proches, selon les règles d'arrondi usuelles.
- <sup>6</sup> Les moyens et appareils selon annexe 2 OPAS (liste des moyens et appareils) prescrits par un médecin et remis par le fournisseur de prestations. La facturation se fait de manière détaillée, y c. position LiMA et calendrier.

En vertu de l'art. 56, al. 3 LAMal, le fournisseur de prestations doit répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'il perçoit. Les parties à la présente convention se basent sur des avantages de 15% sur le tarif maximum LiMA.

- <sup>7</sup> Pour les moyens et appareils selon annexe 2 OPAS soumis à une limitation, la prescription médicale doit impérativement être jointe à la première facture.
- <sup>8</sup> Le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de médicaments à charge de l'assurance obligatoire de soins.

## **Art. 2 Prestations non prises en charge par les assureurs maladie**

Les coûts pour la tenue du ménage, l'assistance et les autres prestations non prévues par l'art. 7, al. 2, let. a à c OPAS ne font pas partie des prestations à prendre en charge par les assureurs maladie et doivent être facturées séparément au client et être déclarées comme prestations non prises en charge.

## Annexe 4 – Déclaration des soins requis

### Formulaire de déclaration des soins requis pour les prestations d'aide et de soins à domicile selon art. 7 OPAS et prescription médicale pour soins ambulatoires

Nom ..... Assureur maladie .....

Prénom ..... N° d'assuré .....

Rue ..... Assureur accidents (pour prestations LAMal) .....

NPA/localité ..... Date de naissance ..... Jour ..... Mois ..... Année

Sexe :  Femme  Homme

Motif du traitement :  Maladie  Invalidité  Accident  Maternité

Indication :  Besoin général de soins  Traitement / instruction  Soins après séjour en hôpital

Première prescription  Prescription de renouvellement

Durée de validité (art. 8 OPAS) :  3 mois  6 mois  Autre durée : du ..... au .....

### A) Déclaration des soins requis pour les prestations prises en charge dans le cadre de l'assurance de base (art. 7 et 8 OPAS)

	H. par mois	H. par trimestre
a) Evaluation, conseils et coordination		
1. Evaluation des soins requis et de l'entourage, planification des mesures nécessaires <input type="checkbox"/>	.....	.....
2. Conseils aux patients et à leur entourage <input type="checkbox"/>	.....	.....
3. Coordination des mesures et dispositions en prévision de complications dans les situations de soins complexes et instables <input type="checkbox"/>	.....	.....
b) Examens et traitements <input type="checkbox"/>	.....	.....
c) Soins de base		
1. Soins de base généraux <input type="checkbox"/>	.....	.....
2. Mesures pour la surveillance et le soutien psychique aux patients pour la maîtrise du quotidien <input type="checkbox"/>	.....	.....
<b>Total de toutes les prestations de soins par trimestre</b>	.....	.....

Particularités : .....

### B) Moyens et appareils (selon LiMA, annexe 2 OPAS) :

Fournisseur de prestations : date et signature

Nom médecin : date et signature

Timbre / numéro RCC : .....

Timbre / numéro RCC .....

Le formulaire de déclaration des soins requis doit être complété et signé par le médecin au plus tard 2 semaines après le début des soins. Ce formulaire retourne au fournisseur de prestations. Celui-ci conserve une copie pour ses dossiers et envoie l'original avec la fiche de planification des prestations et la liste des prestations à l'assureur maladie ou accident.

**Appendice 1 à l'annexe 4 – Liste des prestations selon art. 7, al. 2 OPAS**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

<b>Nombre</b>	=	Nombre de prestations	
<b>Fréquence</b>	=	Unité :	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>j2, j3...j7</b> = 2,3...7 jours par semaine</li> <li>• <b>h</b> = hebdomadaire</li> <li>• <b>m</b> = mensuelle a = annuelle</li> <li>• <b>u</b> = unique</li> </ul>	
<b>Exemples</b>			
<b>Détermination simple de la glycémie et de la glycosurie 2 fois par jour 7 jours sur 7</b>	=	Nombre 2	Fréquence j7
<b>Assistance lors du bain médical 2 fois par semaine</b>		2	h

<b>Cocher si la prestation est prévue</b>	<b>Description du détail des prestations (selon art.7 al.2 OPAS)</b>	<b>Nombre : combien de fois la prestation doit-elle être</b>	<b>Fréquence : unité de la prestation prévue</b>
	Evaluation des soins requis, etc.		
	Conseils au patient, etc.		
	Contrôle des signes vitaux, etc.		
	Détermination simple de la glycémie et de la glycosurie		
	Prélèvement d'échantillons pour analyse en laboratoire		
	Mesures de thérapie respiratoire, etc.		
	Pose de sondes et de cathéters, etc.		
	Mesures en cas d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale		
	Administration de médicaments, etc.		
	Administration par voie entérale ou parentérale de solutions nutritives		
	Mesures de surveillance des perfusions, transfusions, etc.		
	Rinçage, nettoyage et pansement de plaies, etc.		
	Soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale, etc.		
	Assistance pour des bains médicaux partiels ou complets, etc.		
	Soins permettant la mise en œuvre de la thérapie médicale au quotidien, etc.		
	Soutien à des malades psychiques en situation de crise, etc.		
	Soins généraux de base chez les patients dépendants pour certaines activités comme bander les jambes, etc.		
	Mesures destinées à surveiller et à soutenir des malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne comme la planification et l'organisation de leurs journées, etc.		



## Appendice 2 à l'annexe 4 – Fiche de planification des prestations selon RAI-Home-Care

Tous les fournisseurs de prestations qui travaillent avec RAI-Home-Care peuvent envoyer la fiche de planification des prestations RAI.

D'autres informations concernant RAI-Home-Care sont disponibles sur le site Internet de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile [www.spitex.ch](http://www.spitex.ch).

Exemple (catalogue de prestations version mars 2011/1)

Fiche de planification des prestations :

Nom / prénom

Numéro d'assuré / numéro de cas

Inscrire le numéro du catalogue de prestations, compléter les colonnes Q et J. Inscrire le nombre, l'unité et le temps lorsqu'ils diffèrent du standard ou que figure s.b. dans le catalogue de prestations.

N°	Description des prestations	Catégorie	Qui	Formation	Nombre	Unité	Durée	Qual. min.	OPAS
10104	Toilette partielle au lavabo (y compris hygiène intime)	Hygiène et confort			1	j7	26		c
10111	Frotter la peau / massage (sans ordonnance thérap. / en tant que prestation séparée)	Hygiène et confort			1	j7	7		non
10404	Lavage de vessie	Excrétion			s.b.		15		b
10407	Pose d'une sonde urinaire, durée / unique	Excrétion			s.b.		30		b
10503	Aide pour se lever ou se coucher	Mobilisation			s.b.	j7	5		c
10609	Visite de contrôle de la perfusion	Thérapie			s.b.		12		b

Les prestations de soins et d'assistance non mentionnées sont à décrire dans la colonne 2

Les prestations d'aide au ménage non mentionnées sont à décrire dans la colonne 2.

Les prestations psychiatriques non mentionnées sont à décrire dans la colonne 2.

Soins requis en heures	Prestations selon art. 7 OPAS prévision mensuelle en h, h/min, %			Prestations non LAMal prévision mensuelle en h, h/min, %			Total en h, h/min, %		
	h	h/min	%	h	h/min	%	h	h/min	%
Prestations uniques	0.0	0:00		0.0	0:00				
<b>Prestations périodiques</b>									
- par jour	0.9	0:53		0.9	0:53		1.6	1:46	
- par semaine	6.2	6:10		0.6	0:49		7.0	7:00	
- par mois	26.5	26:30	88.3%	3.5	3:30	11.7%	30.0	30:00	100.0%
<b>Ajustement en raison d'une double prise en compte du temps en cas de prestations fournies simultanément</b>									
- par jour									
- par semaine									
- par mois			0.0%			0.0%			100.0%

QUI : O = organisation d'aide et de soins à domicile / F = formation

Unité = j2, j3... j7 : 2,3...7 jours par semaine / h = hebdomadaire / m = mensuel / u = unique / s. b. = selon besoin

Qual. min. = qualification minimale : il est préférable d'indiquer les désignations de formation ou de fonction telles qu'utilisées dans les statistiques de l'organisation d'aide et des soins à domicile

OPAS = art. 7 OPAS a =évaluation / b = examen et traitement / c = soins de base

## **Annexe 5 – Convention relative au contrôle des assureurs maladie**

---

### **Art. 1 Contrôle des documents remis à l'assureur par le fournisseur de prestations**

Le fournisseur de prestations met systématiquement les documents suivants à disposition de l'assureur :

- Formulaire de déclaration des soins requis selon l'art. 7 de cette convention.
- Formulaire de facturation selon l'art. 9 de cette convention
- En annexe à la déclaration des soins requis : liste des prestations selon l'art. 7, al. 2 OPAS ou fiche de planification des prestations selon RAI-Home-Care

Conformément à l'art. 42, al. 5 LAMal, le fournisseur de prestations met à disposition de l'assureur d'autres documents pertinents, à la demande de ce dernier.

### **Art. 2 Contrôle chez le fournisseur de prestations**

- <sup>1</sup> L'assureur annonce la visite de contrôle au fournisseur de prestations. Ce contrôle est effectué dans les 30 jours ouvrables à compter de son annonce. Exceptionnellement, il est possible de déroger à ce délai, d'un commun accord.
- <sup>2</sup> Conformément à l'art. 42, al. 5 LAMal et en vertu du principe de proportionnalité, le fournisseur de prestations permet à la personne chargée du contrôle pour l'assureur de consulter dans ses propres locaux toutes les informations pertinentes et pas encore fournies concernant les dossiers sollicités. Le fournisseur de prestations veille à ce qu'une personne qualifiée connaissant les dossiers soit à disposition de la personne chargée du contrôle, pour répondre à d'éventuelles questions de celle-ci.
- <sup>3</sup> Après réalisation du contrôle, l'assureur doit fournir, dans les 10 jours, un retour d'information écrit au fournisseur de prestations.

### **Art. 3 Contrôles au cas par cas chez l'assuré dans le cadre d'une intervention de soins**

- <sup>1</sup> L'assureur informe l'assuré de l'objet de sa visite et convient d'un rendez-vous avec lui. La visite de contrôle peut avoir lieu pendant une intervention régulière du fournisseur de prestations. Dans ce cas, l'assureur informe le fournisseur de prestations au moins 14 jours à l'avance de la visite prévue.
- <sup>2</sup> Après réalisation du contrôle, l'assureur doit fournir, dans les 10 jours, un retour d'information écrit au fournisseur de prestations.