



tarifsuisse ag

CURAVIVA.CH

VERBAND HEIME UND INSTITUTIONEN SCHWEIZ
ASSOCIATION DES HOMES ET INSTITUTIONS SOCIALES SUISSES
ASSOCIAZIONE DEGLI ISTITUTI SOCIALI E DI CURA SVIZZERI
ASSOCIAZIUN DALS INSTITUTS SOCIALS E DA TGIRA SVIZZERS

senesuisse

Convention administrative

Numéro de convention: 42.500.1348L

du 01.01.2017

concernant

l'indemnisation des soins ambulatoires principalement dans les appartements avec services

dans les cantons:

TI, VD, VS, NE, GE, JU, FR, BE

conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

entre

Curaviva Suisse
Zieglerstrasse 53
Case postale 1003
3000 Berne 23

et

senesuisse
Kapellenstrasse 14
Postfach
3001 Bern

(ci-après: **Curaviva/senesuisse**)

et

- | | | |
|-----|-------------|---|
| 1. | N° OFSP 32 | Aquilana Versicherungen |
| 2. | N° OFSP 57 | Moove Sympany AG |
| 3. | N° OFSP 62 | Supra-1846 SA |
| 4. | N° OFSP 134 | Kranken- und Unfallkasse, Bezirkskrankenkasse Einsiedeln |
| 5. | N° OFSP 182 | PROVITA assurance santé SA |
| 6. | N° OFSP 194 | Sumiswalder Krankenkasse |
| 7. | N° OFSP 246 | Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg |
| 8. | N° OFSP 290 | CONCORDIA Schweiz. Kranken- u. Unfallversicherung AG |
| 9. | N° OFSP 312 | Atupri Gesundheitsversicherung |
| 10. | N° OFSP 343 | Avenir Assurance Maladie SA |
| 11. | N° OFSP 360 | Krankenkasse Luzerner Hinterland |
| 12. | N° OFSP 455 | ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG |
| 13. | N° OFSP 509 | Vivao Sympany AG |
| 14. | N° OFSP 558 | KVF Krankenversicherung AG |
| 15. | N° OFSP 762 | Kolping Caisse-maladie SA |
| 16. | N° OFSP 774 | Easy Sana Assurance Maladie SA |

17. N° OFSP 780	Genossenschaft Glarner Krankenversicherung
18. N° OFSP 820	Cassa da malsauns LUMNEZIANA
19. N° OFSP 829	KLuG Krankenversicherung
20. N° OFSP 881	EGK Grundversicherungen AG
21. N° OFSP 901	sanavals Gesundheitskasse
22. N° OFSP 923	Krankenkasse SLKK
23. N° OFSP 941	sodalis gesundheitsgruppe
24. N° OFSP 966	vita surselva
25. N° OFSP 1040	KKV Krankenkasse Visperterminen
26. N° OFSP 1113	Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont
27. N° OFSP 1142	Krankenkasse Institut Ingenbohl
28. N° OFSP 1318	Krankenkasse Wädenswil
29. N° OFSP 1322	Krankenkasse Birchmeier
30. N° OFSP 1331	Krankenkasse Stoffel Mels
31. N° OFSP 1362	Krankenkasse Simplon
32. N° OFSP 1384	SWICA Krankenversicherung
33. N° OFSP 1386	GALENOS Assurance-maladie et accidents
34. N° OFSP 1401	rhenusana - Die Rheintaler Krankenkasse
35. N° OFSP 1479	Mutuel Assurances Maladie SA
36. N° OFSP 1507	Fondation AMB
37. N° OFSP 1535	Philos Assurance Maladie SA
38. N° OFSP 1542	Assura-Basis SA
39. N° OFSP 1555	Visana SA
40. N° OFSP 1560	Agrisano Krankenkasse AG
41. N° OFSP 1568	sana24 AG
42. N° OFSP 1570	Vivacare AG
43.	Institution commune LAMal

Gibelinstr. 25, Case postale, 4503 Soleure dans la fonction
comme institution d'entraide selon l'art. 19 al. 1 OAMal

ci-après: **assureurs**

Tous représentés par procuration par

tarifsuisse sa
Römerstrasse 20
4502 Soleure

Art. 1 Champ d'application personnel

La présente convention administrative s'applique

- a) aux fournisseurs de prestations reconnus selon l'art. 51 OAMal qui ont adhéré à la présente convention (voir annexe 1).
(ci-après: **fournisseurs de prestations**)
- b) à chacun des assureurs-maladie contractants
- c) à Curaviva/senesuisse, dès lors qu'elle accepte expressément pour elle-même les droits et devoirs en vertu de la présente convention.
- c) à tarifsuisse sa, dès lors qu'elle accepte expressément pour elle-même les droits et devoirs en vertu du présent contrat.

Art. 2 Champ d'application matériel et local

¹ La présente convention concerne soit les personnes qui bénéficient auprès d'un assureur contractant d'une assurance obligatoire selon la LAMal soit celles qui ont droit à une indemnisation selon la LAMal en vertu d'un accord international.

² La présente convention règle l'application des tarifs fixés légalement ainsi que les processus administratifs des soins ambulatoires selon l'art. 25a LAMal, l'art. 51 OAMal et l'art. 7 ss OPAS dans les cantons TI, VD, VS, NE, GE, JU, FR, BE.

³ Les soins sont majoritairement fournis auprès d'assurés vivant dans des appartements avec services. Il est également possible de fournir des soins à des assurés vivant en dehors de ces offres.

⁴ La présente convention ne vaut pas pour les séjours stationnaires en établissement de soins, ni pour les séjours en structure de jour ou de nuit selon l'art. 25a al. 1 LAMal, ni pour les soins aigus et de transition.

Art. 3 Adhésion à et retrait de la convention par les fournisseurs de prestation

¹ Peuvent adhérer à la présente convention les fournisseurs de prestations qui sont autorisés selon le droit cantonal dans les cantons **TI, VD, VS, NE, GE, JU, FR et BE** en tant que fournisseurs de prestations ambulatoires d'après l'art. 51 OAMal. Ils doivent disposer d'un numéro RCC séparé correspondant.

² L'adhésion implique la pleine reconnaissance de la présente convention et de ses annexes.

³ Les fournisseurs de prestations qui sont membres de senesuisse ou d'une association cantonale de Curaviva adhèrent à la présente convention en adressant une demande d'adhésion écrite à senesuisse respectivement à leur association cantonale.

⁴ Les fournisseurs de prestations qui ne sont pas membres de senesuisse ou d'une association cantonale de Curaviva adhèrent à la présente convention en faisant une demande d'adhésion écrite senesuisse respectivement à l'association cantonale de Curaviva responsable.

⁵ Curaviva et senesuisse tiennent à jour une liste d'adhésion et mettent à disposition de tarifsuisse sa les listes respectivement actualisées des demandes d'adhésion et de retrait.

⁶ En cas de besoin, tarifsuisse sa est habilitée à exiger de Curaviva/senesuisse une copie du formulaire d'adhésion d'un fournisseur de prestation.

⁷ Le fournisseur de prestations est tenu de signaler de manière autonome les éventuels changements de ses données d'identification (p. ex. changement de nom ou d'adresse) à SASIS SA.

⁸ Si l'adhésion a lieu au plus tard le 31.10.2017, elle vaut rétroactivement au 01.01.2017. Si elle a lieu plus tard, elle vaut à partir de la date de réception de la notification d'adhésion par tarifsuisse sa.

⁹ Le délai de rétractation est de 6 mois, la présente convention peut être résiliée pour la fin d'une année civile, pour la première fois au 31 décembre 2018. Les fournisseurs de prestations qui cessent leur activité avant la fin de l'année et ont de ce fait suspendu leur numéro RCC auprès de la SASIS SA peuvent demander de manière anticipée leur retrait de la convention à la date de la cessation d'activité. Un retrait de l'autorisation d'exploitation cantonale en tant que fournisseur de prestations selon l'art. 51 OAMal entraîne l'exclusion immédiate de la convention.

¹⁰ Le retrait de la convention envers Curaviva/senesuisse peut être effectué soit par des membres soit par des non-membres de Curaviva/senesuisse, laquelle en informe sans délai tarifsuisse sa. La demande de retrait se fait par écrit en indiquant les numéros RCC / GLN et en désignant expressément la présente convention administrative.

¹¹ La procédure d'adhésion des fournisseurs de prestations et les coûts sont régis par les règles et conditions des associations cantonales de Curaviva, respectivement senesuisse.

Art. 4 Adhésion d'autres assureurs à la convention (droit d'option)

¹ tarifsuisse sa est habilitée à rendre unilatéralement les droits et devoirs issus de la présente convention applicables à d'autres assureurs autorisés, avec pour conséquence de faire à chaque fois également entrer en vigueur une nouvelle convention au contenu identique dans le rapport entre le nouvel assureur contractant et le fournisseur de prestations (droit d'option).

² La convention reposant sur le droit d'option entre le nouvel assureur contractant et le fournisseur de prestations est réputée conclue dès lors que tarifsuisse sa a communiqué au fournisseur de prestations les numéros OFSP, nom et adresse de l'assureur ainsi que la déclaration selon laquelle l'assureur adhère également à la présente convention. La convention reposant sur le droit d'option devient automatiquement caduque si la présente convention est supprimée.

³ L'exercice du droit d'option n'est valable que s'il est exécuté par tarifsuisse sa et si cette dernière dispose d'un pouvoir l'autorisant à signer des contrats pour l'assureur.

Art. 5 Conditions de prise en charge

Les assureurs-maladie prennent en charge les coûts relatifs aux prestations définies à l'art. 7 al. 2 et l'art. 8 OPAS qui sont fournies sur la base de l'évaluation des besoins, sur prescription médicale ou sur mandat médical par des fournisseurs de prestations remplissant les conditions prévues par l'art. 51 OAMal.

Art. 6 Évaluation des besoins du patient

¹ L'art. 8 OPAS prévoit la réalisation d'une évaluation des besoins. Les fournisseurs de prestations sont libres dans le choix de l'instrument standardisé d'évaluation des besoins en soins ambulatoires.

² L'évaluation des besoins écrite comprend l'appréciation de la situation globale ainsi que la clarification du contexte et des besoins individuels en soins et en assistance. Elle est effectuée par une infirmière diplômée habilitée à cet effet (cf. article 8 al. 2 OPAS).

³ L'évaluation des besoins est réalisée au domicile de l'assuré au début de la prestation et doit être achevée au plus tard 14 jours calendaires après le début de l'intervention

Art. 7 Prescription médicale / déclaration des besoins

¹ Les soins médicaux nécessitent une prescription médicale. La déclaration indique les besoins prévus en soins. La déclaration est effectuée à l'aide des formulaires standardisés reconnus par les parties contractantes. Sur la déclaration des besoins, les fournisseurs de prestations indiquent la durée prévue des soins selon l'art. 8 al. 2 OPAS.

² Le formulaire de déclaration des besoins doit être transmis entièrement rempli à l'assureur immédiatement après avoir été signé par le médecin et la personne responsable du fournisseur

de prestations. Là où ce n'est pas possible, la notification intervient au plus tard avec la première facture.

³ La déclaration des besoins peut également être envoyée par voie électronique à l'assureur. Elle doit être entièrement remplie. L'exemplaire signé par le médecin peut être réclamé par l'assureur.

⁴ La date du début effectif du traitement et la date à laquelle la prescription prend effet doivent coïncider. Les prescriptions rétroactives ne sont pas admises.

⁵ Si l'assureur ne soulève pas d'objection dans les 14 jours calendaires à partir de la réception de la déclaration, l'obligation de prestation est réputée remplie sous réserve du principe de l'art. 32 LAMal (efficace, appropriée et économique).

⁶ La déclaration des besoins comprend les éléments suivants:

- a) Informations de l'assuré
 - numéro d'assuré
 - numéro de carte d'assuré
 - numéro de sécurité sociale
 - nom
 - prénom
 - adresse
 - date de naissance
 - sexe
- b) Indication de maladie, d'accident ou autre (invalidité, armée, maternité)
- c) Nom de l'assureur
- d) Numéro au registre des codes-créanciers (numéro RCC) et numéro GLN du fournisseur de prestations en cas de facturation électronique
- e) Degré d'impotence (allocation pour impotent léger/moyen/grave), si connu
- f) Nom et numéro au registre des codes-créanciers (numéro RCC) et numéro GLN du médecin prescripteur en cas de facturation électronique
- g) Durée de validité de la prescription médicale
- h) Nombre de minutes prévues par type de prestation selon l'art. 7 al. 2 let. a à c OPAS pour la durée de validité de la prescription médicale
- i) Feuille de planification des prestations reconnue par les parties contractantes
- j) Besoins prévus en produits LiMA, y compris numéro à deux chiffres du groupe de produits
- k) Indication s'il s'agit de soins externes (E) ou de soins fournis dans un appartement avec services (I).

Art. 8 Modification des besoins en soins

¹ En cas de changement durable des besoins en soins, une nouvelle évaluation des besoins doit être effectuée.

² Tout changement temporaire des besoins en soins pendant au moins 8 jours au cours de l'intervention associé à un dépassement significatif du nombre d'heures prescrit doit être signalé – sans nouvelle évaluation des besoins – à l'assureur.

Art. 9 Étendue des prestations et rémunération

¹ L'assureur prend en charge des contributions aux coûts des mesures liées à l'évaluation, la consultation et la coordination, l'examen et au traitement ainsi qu'aux soins de base selon l'art. 7a al. 1 et 2 OPAS.

- ² Ces contributions permettent d'indemniser toutes les prestations relevant du droit de l'assurance-maladie pour des soins prévus par l'art. 7 al. 2 OPAS.
- ³ Le fournisseur de prestations facture la contribution correspondant à la charge en soins selon l'art. 7a OPAS. Les factures anticipées ne sont pas admises.
- ⁴ La durée d'intervention maximale facturable pour des **prestations dans des appartements avec services** selon l'art. 7 al. 2 let. a - c OPAS **s'élève en moyenne à 90 minutes par jour d'intervention et par période de facturation.**
- ⁵ En cas de dépassement temporaire des 90 minutes en moyenne par jour (p. ex. en cas de grippe, de chute, etc.), l'assureur doit être informé immédiatement par le fournisseur de prestations.
- ⁶ En cas de dépassement permanent des 90 minutes en moyenne par jour, l'assureur peut réclamer au fournisseur de prestations les documents nécessaires à une vérification de l'obligation de prestation et du respect de l'art. 32 LAMal (efficace, appropriée, économique).
- ⁷ Le paragraphe 4 ne s'applique pas aux soins fournis à des assurés ne vivant pas dans des appartements avec services.
- ⁸ La facturation de suppléments pour les actes de soins fournis de nuit, le weekend ou un jour férié général n'est pas autorisée.
- ⁹ Le fournisseur de prestations est reconnu comme centre de remise admis à remettre des moyens et appareils en vertu de l'art. 55 OAMal.
- ¹⁰ Les moyens et appareils ne peuvent être facturés qu'en cas de remise à l'assuré aux fins d'utilisation propre en plus des contributions selon l'alinéa 1 (art. 20 OPAS). En cas d'utilisation dans le cadre du traitement ou de l'examen, les moyens et appareils sont compris dans le tarif.
- ¹¹ Les moyens et appareils peuvent au maximum être facturés au **prix le plus élevé selon la LiMA** diminué de **15 %**. Le décompte est établi de manière détaillée en indiquant le numéro de poste LiMA et le nom du produit. Pour la première facturation, il convient impérativement de joindre la prescription médicale selon l'art. 20 OPAS.
- ¹² Le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de médicaments à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.
- ¹³ Les médicaments prescrits par un médecin et qui sont achetés via une pharmacie autorisée par le canton d'une institution de soins peuvent être facturés séparément selon la **LS** moins **15%** via le numéro RCC de l'institution de soins.
- ¹⁴ Le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de prestations selon l'art. 7 OPAS lorsque le patient se trouve à l'hôpital ou en institution de soins (soins aigus et de transition stationnaires inclus). Cela ne vaut pas pour le jour d'entrée ou de sortie.

Art. 10 Facturation et règlement des factures

- ¹ Le débiteur de l'indemnisation des prestations convenues aux présentes dans le cadre de la LAMal est par principe l'assureur (système du tiers payant, art. 42 al. 2 LAMal). Les dispositions légales en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts restent réservées.

- ² Certains assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir, par dérogation au paragraphe 1, que l'indemnisation de la prestation soit due par la personne assurée (système du tiers garant). Le fournisseur de prestations en informe le patient de manière appropriée.
- ³ La facturation est effectuée mensuellement selon les modèles en annexe 3.
- ⁴ Une prescription médicale correspondant à la période de facturation est disponible.
- ⁵ La facturation concerne des prestations obligatoires de l'assurance-maladie obligatoire. Les prestations non-obligatoires sont à facturer séparément à l'assuré.
- ⁶ Dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit du fournisseur de prestations une copie de la facture.
- ⁷ Dans le système du tiers payant, le paiement est effectué dans les 30 jours suivant la réception de la facture.
- ⁸ Si les documents nécessaires à la définition de l'étendue des prestations ont été envoyés au moment de la facturation, le délai mentionné au paragraphe 7 est suspendu.
- ⁹ L'assureur motive ses contestations. Le délai de paiement est interrompu pour la part contestée de la facture. La part non-contestée est réglée par l'assureur par le biais d'une nouvelle facture.
- ¹⁰ Si un patient change d'assureur au 30 juin, le fournisseur de prestations établit au plus tard le 31 juillet de l'année concernée un décompte intermédiaire au 30 juin. Le fournisseur de prestations établit par principe au plus tard le 31 janvier de l'année suivante un décompte intermédiaire au 31 décembre.
- ¹¹ En cas de décès, le décompte final est à établir sous 30 jours.

Art. 11 Données devant figurer sur la facture

Le fournisseur de prestations émet les factures en indiquant les informations suivantes:

- a) Informations de l'assuré
 - numéro d'assuré
 - numéro de sécurité sociale
 - numéro de carte d'assuré
 - nom
 - prénom
 - adresse
 - date de naissance
 - sexe
- b) Indication de maladie, d'accident ou de maternité
- c) Nom de l'assureur
- d) Numéro de facturation complet du fournisseur de prestations avec date de facturation
- e) Numéro du registre des codes-créanciers (n° RCC) et numéro GLN du fournisseur de prestations;
numéro GLN en cas de facturation électronique ou si disponible
- f) Numéro du registre des codes-créanciers (n° RCC) et numéro GLN du médecin prescripteur;
numéro GLN en cas de facturation électronique ou si disponible
- g) Degré d'impotence (allocation pour impotent léger/moyen/grave), si connu
- h) Durée de validité de la/des prescription(s) médicale(s) pour la période de facturation

- i) Calendrier avec la catégorie de contribution correspondante
- j) Appareils et moyens remis: numéro LiMA, quantité, prix et montant des produits et appareils remis
- k) Montant total
- l) Indication s'il s'agit de soins externes (E) ou de soins fournis dans un appartement avec services (I).

Art. 12 Échange électronique de données

¹ En vertu de la loi sur l'assurance-maladie, assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir l'échange électronique de données pour la gestion des données. Dans ce cas, les données administratives et médicales sont transmises à l'assureur par voie électronique avec la prescription médicale et la déclaration des besoins (conformément à l'art. 7 de la présente convention) ou la facture (conformément à l'art. 11 de la présente convention). L'assureur reçoit toutes les données sous une forme structurée et électroniquement lisible.

² L'échange électronique de données pour la déclaration des besoins et pour la facture est conforme aux normes usuelles dans la branche qui régissent la communication des données.

Art. 13 Devoir d'information

¹ Le fournisseur de prestations reconnaît qu'il est soumis à un devoir d'information légal particulier vis-à-vis de ses patients concernant les prestations des assureurs-maladie et, le cas échéant, les coûts non couverts par l'assurance-maladie obligatoire.

² Il est notamment tenu d'informer son patient sur la réglementation en matière de suspension des prestations et sur ses effets concrets en vertu de l'article 64a, al. 7 LAMal en cas de retard dans le paiement de primes et d'arriérés dans la participation aux coûts.

Art. 14 Protection tarifaire

Le fournisseur de prestations s'engage à respecter la protection tarifaire en vertu de l'art. 44 LAMal. Il prend notamment en considération le fait que la totalité des soins relevant de la LAMal sont indemnisés avec le décompte des soins selon les art. 7 ss OPAS et qu'aucun autre soin ne peut être facturé en plus.

Art. 15 Économie / garantie de la qualité

¹ Les soins doivent être apportés selon les critères de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économie (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 LAMal).

² Le fournisseur de prestations s'engage à suivre les mesures de garantie de la qualité selon l'art. 77 OAMal.

Art. 16 Qualification minimale du personnel

Les dispositions de l'art. 49 OAMal s'appliquent aux infirmières et infirmiers. Le personnel qui fournit des soins prévus par l'art. 7 OPAS ne peut le faire que dans le cadre des compétences acquises lors de la formation initiale et de la formation continue. Les exigences professionnelles

relatives au personnel soignant s'appliquent si le canton du fournisseur de prestations en a édictées.

Art. 17 Statistique des prestations (reporting)

Le fournisseur de prestations s'engage, respectivement au plus tard jusqu'au 30 juin de l'année suivante, à fournir à tarifsuisse sa le nombre de patients facturés via ce contrat et le nombre de cas avec un besoin en soins supérieur à 90 minutes par jour.

Art. 18 Obligation d'information du fournisseur de prestations

¹ L'assureur est habilité à et tenu de contrôler l'obligation de prestation. Les bases relatives à la gestion des données sont définies dans la législation sur la protection des données ainsi que le droit de l'assurance-maladie.

² Tous les documents importants pour le contrôle des dossiers demandés sont présentés ou soumis pour examen à la personne chargée par l'assureur d'effectuer le contrôle conformément à la loi sur l'assurance-maladie.

³ Le contrôle peut avoir lieu auprès du fournisseur de prestations ou de l'assureur.

Art. 19 Conciliation

¹ Les éventuels différends résultant de l'application de la présente convention doivent par principe être réglés par les personnes concernées.

² Les fournisseurs de prestations et les assureurs sont libres de faire appel aux tribunaux arbitraux des cantons selon l'art. 89 LAMal.

Art. 20 Entrée en vigueur, durée de la convention

La présente convention entre rétroactivement en vigueur au 01.01.2017 et est conclue pour une durée indéterminée.

Art. 21 Modifications

Les parties contractantes peuvent modifier à tout moment la présente convention, en tout ou en partie, par des déclarations écrites concordantes et sans résiliation formelle. En cas de modification des conditions à la base de la présente convention ou en cas de nullité partielle ou totale de l'une ou l'autre des présentes dispositions, la validité des autres dispositions n'est pas affectée. Dans un tel cas, les parties contractantes sont tenues d'adapter la convention aux conditions modifiées ou de remplacer la disposition nulle ou partiellement nulle par une autre de manière à pouvoir atteindre légalement le but économique visé (clause salvatrice). Les modifications sont – autant que possible – coordonnées via tarifsuisse sa du côté de l'assureur.

Art. 22 Résiliation

¹ La présente convention est résiliable avec un préavis de 6 mois respectivement pour la fin d'une année, pour la première fois le 31.12.2018. La résiliation de la présente convention entraîne la dissolution de celle-ci ainsi que de ses annexes.

² Les assureurs-maladie contractants ne forment pas de société simple entre eux, chaque assureur conclut séparément la présente convention pour lui-même. La présente convention ne fonde pas de droits ou d'obligations dans le rapport des assureurs entre eux. La résiliation de la présente convention par un assureur n'a donc pas d'influence sur sa continuité entre les assureurs restants et le fournisseur de prestations.

³ À l'inverse, Curaviva/senesuisse peut également ne résilier la convention que vis-à-vis d'un seul assureur en notifiant la résiliation uniquement à ce dernier. En outre, Curaviva/senesuisse a dans ce cas la possibilité d'adresser une telle résiliation de manière centralisée à tarifsuisse sa à l'attention de l'assureur concerné avec effet juridique obligatoire. La lettre de résiliation doit désigner clairement et explicitement la convention qui doit être dissoute et indiquer sans ambiguïté vis-à-vis de quel assureur (n° OFSP) elle doit être dissoute.

⁴ Si Curaviva/senesuisse souhaite résilier la convention vis-à-vis de tous les assureurs pour lesquels tarifsuisse sa a signé la convention, elle est habilitée à adresser cette résiliation de manière centralisée à tarifsuisse sa à l'attention des assureurs avec effet juridique obligatoire. La lettre de résiliation doit désigner clairement et explicitement la convention qui doit être dissoute et indiquer sans ambiguïté que la présente convention doit être dissoute vis-à-vis de tous les assureurs.

Art. 23 Annexes

La présente convention contient les annexes suivantes:

Annexe 1

Liste des fournisseurs de prestations adhérents

Annexe 2

Formulaire de facturation

Annexe 3

Accord sur les contrôles des assureurs-maladie

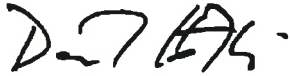
Art. 23 Dispositions finales

¹ La présente convention est réalisée en trois exemplaires et signée. Curaviva, senesuisse et tarifsuisse sa reçoivent chacun un exemplaire de la présente convention.

² La présente convention est traduite en français et en italien. Seule la version allemande fait foi.

Berne, le 29.06.2017

Curaviva Suisse



Daniel Höchli
Directeur



Dr. Markus Leser
Membre de la direction

Senesuisse



Clovis Défago
Président



Christian Streit
Directeur

Au nom des assureurs mentionnés comme partie contractante ainsi que – en référence aux règles qui définissent les droits ou obligations de tarifsuisse sa – pour soi-même:

Soleure, le 03.08.2017

tarifsuisse sa



Renato Laffranchi
Chef du département Achat de prestations
Membre de la direction



Marc Berger
Responsable des négociations Achat de prestations

Annexe 1

Liste des fournisseurs de prestations adhérents

Annexe 2

Formulaire de facturation

Version définitive en cours d'élaboration

Annexe 3

Accord sur les contrôles des assureurs-maladie

1. Contrôle auprès de l'assureur

Procédure de contrôle à deux niveaux des prestations facturées sur l'obligation de prestation, l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique, art. 32 LAMal sur la base des documents transmis à l'assureur.

1.1 Contrôle des documents transmis par les services d'aide et de soins à domicile selon l'art. 6 al. 5

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

- Formulaire de déclaration des besoins selon art. 6
- Formulaire de facturation selon art. 10
- En annexe de la déclaration des besoins: Liste des prestations selon l'art. 7 al. 2 OPAS ou feuille de planification des prestations selon RAI-Home-Care.

1.2 Contrôle des documents réclamés par l'assureur et transmis par les services d'aide et de soins à domicile à l'assureur

Sous réserve de l'art. 42 al. 5 LAMal, le fournisseur de prestations transmet à l'assureur sur sa demande d'autres documents pertinents.

L'assureur peut effectuer le contrôle du caractère économique à l'aide d'instruments statistiques.

2. Contrôle auprès du fournisseur de prestations

Procédure de contrôle des prestations facturées sur l'obligation de prestation, l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique (art. 32 LAMal) sur la base de dossiers ouverts de patients sélectionnés auprès du fournisseur de prestations.

- L'assureur annonce la visite de contrôle au fournisseur de prestations. Le contrôle est réalisé dans les 30 jours calendaires suivant la notification. Exceptionnellement, il peut être décidé d'un commun accord de déroger à ce délai.
- Sous réserve de l'article 42, al. 5 LAMal ainsi que du principe de proportionnalité, le fournisseur de prestations présente à la personne chargée par l'assureur d'effectuer le contrôle dans les locaux de l'organisation des documents pour qu'ils puissent être consultés afin d'obtenir les informations nécessaires au contrôle des dossiers demandés. Le fournisseur de prestations veille à ce qu'un spécialiste qualifié familiarisé avec les dossiers se tienne à la disposition de la personne chargée du contrôle pour toute question.
- Une fois le contrôle effectué, l'assureur doit envoyer un retour écrit au fournisseur de prestations sous 10 jours.

3. Contrôle individuel auprès de l'assuré

Procédure de contrôle des prestations facturées sur l'obligation de prestation et l'efficacité dans le cadre d'une intervention de soins auprès d'un assuré.

- L'assureur informe l'assuré du but de la visite et convient avec lui d'un rendez-vous. La visite de contrôle peut se dérouler durant une intervention régulière du fournisseur de prestations. L'assureur informe alors le fournisseur de prestations de la visite prévue au moins 14 jours calendaires au préalable.

Une fois la visite de contrôle effectuée, l'assureur doit envoyer un retour écrit au fournisseur de prestations sous 10 jours.