

**CONVENTION ADMINISTRATIVE ETABLISSEMENTS  
MEDICO-SOCIAUX (EMS)**

N° de convention: 11.500.0965R

entre

**senesuisse, Kapellenstrasse 14, case postale, 3001 Berne**

et

**les assureurs mentionnés dans la présente convention,  
représentés par tarifsuisse sa**

---

concernant le paiement des prestations couvertes par l'assurance-maladie dans les EMS  
conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

---

(Les noms désignant des personnes valent autant pour des personnes de sexe masculin que  
féminin)

**Valable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016**

## Préambule

senesuisse, d'une part, ainsi que tarifsuisse sa, d'autre part, concluent la convention administrative suivante, qui vaut sur l'ensemble du territoire de la Suisse.

## Art. 1<sup>er</sup> Parties à la convention

<sup>1</sup> Les parties à la convention administrative sont senesuisse, Kapellenstrasse 14, 3001 Berne, d'une part, et tarifsuisse sa, d'autre part.

<sup>2</sup> La convention s'applique aux:

- a) fournisseurs de prestations (établissements médicaux-sociaux et associations d'établissements médicaux-sociaux selon l'annexe 1) ayant déclaré adhérer à la présente convention administrative (ci-après dénommés «fournisseurs de prestations»)

et aux

- b) assureurs-maladie ci-après mentionnés:
  - 1. BAG Nr. 8 **CSS**
  - 2. BAG Nr. 32 **Aquilana**
  - 3. BAG Nr. 57 **Moove Sympany AG**
  - 4. BAG Nr. 62 **Supra-1846 SA**
  - 5. BAG Nr. 134 **Einsiedeln**
  - 6. BAG Nr. 182 **PROVITA**
  - 7. BAG Nr. 194 **sumiswalder**
  - 8. BAG Nr. 246 **Steffisburg**
  - 9. BAG Nr. 290 **CONCORDIA**
  - 10. BAG Nr. 312 **Atupri**
  - 11. BAG Nr. 343 **Avenir Krankenversicherung AG**
  - 12. BAG Nr. 360 **Luzerner Hinterland**
  - 13. BAG Nr. 455 **ÖKK**
  - 14. BAG Nr. 509 **Vivao Sympany**
  - 15. BAG Nr. 558 **Flaachtal**
  - 16. BAG Nr. 774 **Easy Sana Krankenversicherung AG**
  - 17. BAG Nr. 780 **Glarner**
  - 18. BAG Nr. 820 **Lumneziana**
  - 19. BAG Nr. 829 **KLuG**
  - 20. BAG Nr. 881 **EGK**
  - 21. BAG Nr. 901 **snavals**
  - 22. BAG Nr. 923 **SLKK**
  - 23. BAG Nr. 941 **sodalis**
  - 24. BAG Nr. 966 **vita surselva**

25.	BAG Nr. 1003	<b>Zeneggen</b>
26.	BAG Nr. 1040	<b>Visperterminen</b>
27.	BAG Nr. 1113	<b>Vallée d'Entremont</b>
28.	BAG Nr. 1142	<b>Ingenbohl</b>
29.	BAG Nr. 1147	<b>Turbenthal</b>
30.	BAG Nr. 1318	<b>Wädenswil</b>
31.	BAG Nr. 1322	<b>Birchmeier</b>
32.	BAG Nr. 1328	<b>kmu</b>
33.	BAG Nr. 1331	<b>Stoffel Mels</b>
34.	BAG Nr. 1362	<b>Simplon</b>
35.	BAG Nr. 1384	<b>SWICA</b>
36.	BAG Nr. 1386	<b>GALENOS</b>
37.	BAG Nr. 1401	<b>rhenusana</b>
38.	BAG Nr. 1479	<b>Mutuel Krankenversicherung AG</b>
39.	BAG Nr. 1507	<b>Fondation AMB</b>
40.	BAG Nr. 1529	<b>INTRAS</b>
41.	BAG Nr. 1535	<b>Philos Krankenversicherung AG</b>
42.	BAG Nr. 1542	<b>Assura-Basis SA</b>
43.	BAG Nr. 1555	<b>Visana</b>
44.	BAG Nr. 1560	<b>Agrisano</b>
45.	BAG Nr. 1568	<b>sana24</b>
46.	BAG Nr. 1569	<b>Arcosana AG</b>
47.	BAG Nr. 1570	<b>Vivacare</b>
48.	BAG Nr. 1577	<b>Sanagate</b>

ainsi que, dans sa fonction d'institution d'entraide conformément à l'art. 19, al. 1 OAMal, à

49. l'Institution commune LAMal, Gibelinstrasse 25, Case postale, 4503 Soleure,

toutes les parties étant représentées par tarifsuisse sa, Römerstrasse 20, 4502 Soleure, conformément au pouvoir conféré.

## **Art. 2 Adhésion, coûts d'adhésion, exclusion**

### Adhésion des fournisseurs de prestations

<sup>1</sup> Peuvent adhérer à la présente convention tous les fournisseurs de prestations admis comme établissements médicaux-sociaux par le canton du lieu d'implantation conformément à l'art. 39, al. 3, en liaison avec l'art. 39, al. 1 LAMal, qui figurent sur la liste cantonale des établissements médicaux-sociaux.

<sup>2</sup> Par leur adhésion, les fournisseurs de prestations reconnaissent l'ensemble des dispositions de la présente convention, ainsi que celles de toutes ses annexes énumérées à l'art. 21.

<sup>3</sup> La procédure d'adhésion est engagée par senesuisse une fois la convention signée. Un fournisseur de prestations adhère à la convention administrative au moyen d'une déclaration adressée à la partie contractante (dans les 45 jours suivant l'engagement de la procédure d'adhésion). Les établissements médico-sociaux qui exercent leur activité en Suisse et qui y sont dûment admis, mais qui ne sont pas membres de la partie contractante, peuvent adhérer à la présente convention administrative au moyen d'une déclaration écrite adressée à senesuisse. La procédure d'adhésion et les coûts sont tels que fixés dans les conditions de senesuisse.

<sup>4</sup> senesuisse informe régulièrement tarifsuisse sa des nouvelles adhésions.

#### Conclusion de la convention par d'autres assureurs (droit d'option)

<sup>5</sup> tarifsuisse sa a le droit d'inclure d'autres assureurs-maladie admis dans la présente convention avec pour effet que cette convention s'applique aussi aux rapports entre le nouvel assureur et les fournisseurs de prestations (droit d'option).

<sup>6</sup> La convention entre le nouvel assureur et les fournisseurs de prestations fondée sur ce droit d'option entre en vigueur dès lors que tarifsuisse sa a communiqué à senesuisse le numéro OFSP, le nom et l'adresse de l'assureur correspondant, ainsi que la déclaration précisant que l'assureur conclut également la présente convention. La convention fondée sur ce droit d'option s'éteint automatiquement à l'extinction de la présente convention.

<sup>7</sup> L'exercice du droit d'option n'est valable que si tarifsuisse sa l'a exercé et dispose du pouvoir correspondant de conclure la convention pour le compte du nouvel assureur contractant.

<sup>8</sup> tarifsuisse sa et senesuisse peuvent décider ensemble de refuser l'adhésion d'un fournisseur de prestations ou de l'exclure. Les cocontractants désignent respectivement une délégation chargée de prendre cette décision. La décision est motivée. Le retrait de l'autorisation cantonale d'exploitation entraîne l'exclusion immédiate de la convention.

### **Art. 3 Etendue des prestations**

<sup>1</sup> La présente convention règle la gestion administrative des traitements et soins prodigués aux résidents des établissements médico-sociaux visés à l'art. 39, al. 3 LAMal. Elle porte sur les prestations couvertes par la LAMal fournies par les établissements médico-sociaux aux assurés. Si, dans la période de validité de la convention, les conditions ne sont plus remplies, l'obligation légale de prise en charge des prestations découlant de l'assurance-maladie obligatoire s'éteint.

<sup>2</sup> La présente convention ne porte ni sur les règlements applicables dans le domaine des structures de jour ou de nuit, ni sur les soins aigus et de transition.

<sup>3</sup> La présente convention produit ses effets sur les assurés qui

- a) sont assurés auprès d'un assureur mentionné à l'art. 1<sup>er</sup>, al. 2b) de la présente convention ou auprès d'un nouvel assureur et qui
- b) bénéficient des prestations d'un fournisseur de prestations mentionné à l'art. 1, al. 2a).

### **Art. 4 Prescription médicale et évaluation des besoins en soins**

<sup>1</sup> Les parties s'efforcent de mettre en œuvre des instruments d'évaluation des besoins en prestations de soins conduisant à des niveaux de contribution identiques, en moyenne, à ceux définis à l'art. 7a OPAS.

<sup>2</sup> Les prestations de l'assurance-maladie ne sont fournies que sur prescription médicale.

<sup>3</sup> Les fournisseurs de prestations s'engagent à ne recourir, pour la détermination du niveau de soin requis, qu'aux instruments d'évaluation des besoins en soins reconnus et au personnel médical formé à ces systèmes.

<sup>4</sup> Les données permettant l'évaluation des besoins sont recueillies

- dans les 21 jours civiles suivant l'admission (date d'admission);
- périodiquement, tous les 6 mois;
- dans l'intervalle, si l'état de santé évolue.

La déclaration des besoins s'effectue conformément à l'art. 5 de la convention.

<sup>5</sup> L'évaluation des besoins des personnes ayant effectué des séjours courts (généralement jusqu'à 42 jours et au maximum 90 jours par année civile) s'effectue au moyen de modules d'évaluation ordinaires ou simplifiés.

<sup>6</sup> Si la brièveté du séjour (jusqu'à 7 jours, décès, sortie prématurée) empêche toute évaluation des besoins, un niveau de contribution est convenu avec l'assureur compétent.

#### **Art. 5 Déclaration des besoins**

<sup>1</sup> La déclaration des besoins s'effectue au moyen des formulaires des instruments d'évaluation des besoins intégralement remplis et signés; elle doit être transmise à l'assureur, au plus tard avec la première facture.

<sup>2</sup> Dans les cas où le système d'évaluation ne permet pas l'envoi de la déclaration des besoins avec la première facture, celle-ci doit être adressée au plus tard avec la cinquième facture suivant l'admission.

#### **Art. 6 Indications détaillées contenues dans la déclaration des besoins**

La déclaration contient les indications suivantes:

- a) données relatives à l'assuré (numéro d'assuré, numéro de carte d'assuré, numéro d'assurance sociale, nom, prénom, date de naissance, sexe);
- b) nature du problème, si disponible (maladie, accident ou invalidité);
- c) nom de l'assureur;
- d) numéro du registre des codes-créanciers (n° rcc) et numéro GLN/EAN du fournisseur de prestations, si disponible;
- e) degré d'impotence (allocation pour impotence faible/moyenne/grave), si connu;
- f) durée de validité de la prescription médicale (de... à...);
- g) système de classification;
- h) RAI: désignation des groupes de coûts;
- i) BESA: groupes de prestations 5-10, y compris points et niveau de contribution (CP 2005); paquets de mesures 1-6 (CP 2010);
- k) PLAISIR: fourchettes de valeurs avec et sans CSB;
- l) Niveau de contribution selon l'OPAS;
- m) nom, numéro du registre des codes-créanciers (n° rcc) du médecin prescripteur.

#### **Art. 7 Modification des besoins en soins**

W

<sup>1</sup> Les modifications de classification par le fournisseur de prestations entrent en vigueur le jour où l'évaluation des besoins est achevée (date figurant dans le système informatique). Dans tous les cas, l'assureur doit être informé de cette modification au moyen de la déclaration des besoins, au plus tard avec la facture suivante.

<sup>2</sup> En cas de retour de l'hôpital, la modification de classification peut être facturée rétroactivement, à compter du premier jour dans l'établissement médico-social. Dans tous les cas, l'assureur doit être informé de cette modification au moyen de la déclaration des besoins, au plus tard avec la facture suivante. Toute autre classification rétroactive n'est pas autorisée.

<sup>3</sup> Après contrôle des assureurs, les modifications éventuelles des niveaux de soins requis entrent en vigueur de la façon suivante:

- a) après contrôle chez le fournisseur de prestations, à compter du jour du contrôle;
- b) après contrôle chez l'assureur, à compter du jour où les documents sont demandés au fournisseur de prestations. L'assureur-maladie effectue le contrôle et en communique le résultat dans les 30 jours suivant la réception des documents.

<sup>4</sup> S'il existe des différences entre le plan/rapport de soins et la classification/l'évaluation des besoins en soins, et que celles-ci ont une incidence sur le remboursement, des demandes de remboursement allant au-delà des dates fixées à l'alinéa 3 peuvent être présentées.

## **Art. 8 Etendue des prestations et remboursement**

<sup>1</sup> Le fournisseur de prestations facture la contribution légale conformément à la déclaration des besoins.

<sup>2</sup> En dérogation à l'art. 8, al. 1, le fournisseur de prestations peut, dans les cas où l'instrument d'évaluation des besoins en soins ne permet pas d'envoyer la déclaration des besoins au plus tard avec la première facture, facturer un acompte de 63 francs suisses par jour et par nouveau résident. La différence entre l'acompte et le niveau des besoins résultant de la déclaration des besoins est facturée rapidement, et au plus tard avec la cinquième facture suivant l'admission.

<sup>3</sup> Le paiement des montants fixés à l'art. 7a, al. 3 OPAS règle l'ensemble des prestations de soins selon l'art. 7, al. 2 OPAS, qui relèvent de l'assurance-maladie.

<sup>4</sup> Ces montants ne peuvent être facturés pour les assurés pour lesquels des prestations de soins ambulatoires, des prestations des structures de jour ou de nuit, des prestations de soins aigus et de transition ou encore des séjours hospitaliers sont simultanément décomptés.

<sup>5</sup> Les jours d'admission et de sortie sont calculés comme des jours de soins complets.

## **Art. 9 Facturation**

<sup>1</sup> L'assureur est redevable du paiement conformément à la présente convention (système du tiers payant, art. 42, al. 2 LAMal). Cette règle vaut pour l'ensemble des prestations couvertes par la LAMal, que le fournisseur de prestations peut facturer lui-même.

<sup>2</sup> Contrairement à l'alinéa 1, le fournisseur de prestations peut opter pour le système du tiers garant (paiement de la prestation par l'assuré). Il en informe les patients de façon appropriée. Le fournisseur de prestations fait ce choix au moment de l'adhésion à la convention; il peut le modifier en début d'année civile, en respectant un préavis de 6 mois. Après l'introduction de la facturation électronique, la facturation se fera selon le système du tiers payant.

<sup>3</sup> Les factures sont établies mensuellement, et les délais de paiement sont les suivants:

Les factures transmises électroniquement sont payées dans les 25 jours, les autres, dans les 35 jours.

<sup>4</sup> Sont facturées les prestations couvertes par l'assurance-maladie obligatoire. Celles qui ne le sont pas, doivent être facturées séparément à l'assuré.

<sup>5</sup> Les factures provisionnelles ne sont pas autorisées.

<sup>6</sup> Dans le système du tiers payant, le fournisseur de prestations informe l'assuré des prestations décomptées et du financement.

<sup>7</sup> L'assureur justifie ses réclamations. En cas de réclamations, le délai de paiement est suspendu. La partie non contestée est réglée par le biais d'une nouvelle facture.

<sup>8</sup> Si les conditions de suspension de la prise en charge des prestations selon l'art. 64a, al. 7 LAMal sont remplies, l'assureur interrompt la prise en charge des coûts. Ces coûts seront intégralement pris en charge dès lors que les primes, franchises, intérêts moratoires et coûts de poursuite non réglés auront été intégralement payés.

<sup>9</sup> Si un patient change d'assureur au 30 juin, le fournisseur de prestations établit un décompte intermédiaire au 30 juin, au plus tard jusqu'au 31 juillet de l'année en cours. Au 31 décembre, le fournisseur de prestations établit par principe un décompte intermédiaire, au plus tard jusqu'au 31 janvier de l'année suivante.

<sup>10</sup> En cas de décès, le décompte final doit être établi dans les 45 jours.

## **Art. 10 Indications contenues dans la facture**

Les factures du fournisseur de prestations contiennent les indications suivantes:

- a) données relatives à l'assuré (numéro d'assuré, numéro de carte d'assuré, numéro d'assurance sociale, nom, prénom, date de naissance, sexe);
- b) nom de l'assureur;
- c) numéro de facture complet du fournisseur de prestations, y compris date de la facture;
- d) numéro du registre des codes-créanciers (n° rcc) et numéro GLN/EAN du fournisseur de prestations, si disponible;
- e) numéro du registre des codes-créanciers (n° rcc) du médecin prescripteur;
- f) calendrier complet (période et nombre de jours de soins, moins les jours de congé et les jours à l'hôpital)
- g) degré d'impotence (allocation pour impotence faible/moyenne/grave), si connu;
- h) système de classification;
- i) niveau de contribution selon l'OPAS et montant de la facture pour les prestations visées à l'art. 7 OPAS;
- j) prestations annexes.

## **Art. 11 Echange électronique des données (EED)**

<sup>1</sup> Les parties à la convention souhaitent mettre en place l'échange électronique des données entre les fournisseurs de prestations et les assureurs. Ils fixent, pour ce faire, les conditions-cadres (annexe 3) et veillent au respect des dispositions en matière de protection des données.

<sup>2</sup> Des assureurs et des fournisseurs de prestations peuvent convenir à titre individuel de la mise en œuvre de l'EED. Dans ce cas, les données administratives et médicales sont transmises à l'assureur avec la déclaration des besoins ou avec la facture. L'assureur les reçoit sous une forme structurée et lisible électroniquement.

<sup>3</sup> L'échange électronique des données appliqué à la déclaration des besoins et à la facturation est conforme à l'annexe 3.

## **Art. 12 Obligation d'information**

<sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations reconnaissent que la loi leur impose une obligation particulière d'information vis-à-vis de leurs patients concernant les prestations des assureurs-maladie sociaux et, dans tous les cas, concernant les coûts non couverts par l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

<sup>2</sup> Cette obligation concerne notamment l'information relative à la réglementation légale et aux conséquences concrètes de la suspension de la prise en charge des prestations selon l'art. 64a, al. 7 LAMal en cas de non-paiement des primes et participations aux coûts.

<sup>3</sup> Il revient aux fournisseurs de prestations de déclarer à l'organisme de financement résiduel compétent les modifications de classification effectuées rétroactivement.

## **Art. 13 Protection tarifaire**

Le fournisseur de prestations s'engage à respecter la protection tarifaire selon l'art. 44 LAMal.

## **Art. 14 Economicité/garantie de la qualité**

<sup>1</sup> Les prestations de soins doivent être fournies selon les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (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). Pour ce faire, il évalue les besoins en soins.

<sup>2</sup> Le fournisseur de prestations s'engage à participer aux mesures de garantie de la qualité selon l'art. 77 OAMal. A cet effet, une réglementation distincte est définie dans le cadre d'un contrat de garantie de la qualité. Le projet des indicateurs de la qualité médicale peut servir de base.

## **Art. 15 Communication de données (*reporting*)**

Les établissements médico-sociaux continuent à fournir les statistiques et données cantonales qu'ils mettaient jusque-là à disposition.

## **Art. 16 Contrôle des classifications/obligation d'information des fournisseurs de prestations**

<sup>1</sup> La loi impose aux assureurs de vérifier que les prestations facturées répondent aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Le traitement des données confidentielles est régi dans la LPD, la LPGA et la LAMal.

<sup>2</sup> Les assureurs-maladie effectuent notamment les contrôles suivants:

- contrôle des documents requis et transmis par l'établissement médico-social chez l'assureur;
- contrôle des documents chez le fournisseur de prestations.

Les modalités de contrôle des classifications sont régies dans l'annexe 2.

<sup>3</sup> L'ensemble des documents de classification et des documents importants pour le contrôle sont transmis ou présentés pour examen aux contrôleurs des caisses-maladie qui en font la demande. Les documents prouvant la classification actuelle sont déterminants en la matière.

## **Art. 17 Arbitrage**

<sup>1</sup> Les différends nés dans le cadre de l'application de la présente convention doivent par principe être réglés par les parties concernées.

<sup>2</sup> Les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie peuvent saisir le tribunal d'arbitrage cantonal conformément à l'art. 89 LAMal.

## **Art. 18 Entrée en vigueur/durée de la convention**

La présente convention, y compris ses annexes, entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016 pour une durée indéterminée.

## **Art. 19 Résiliation**

<sup>1</sup> La présente convention, y compris ses annexes, peuvent être résiliées par chacune des parties contractantes à la fin d'une année civile, moyennant un préavis de six mois, et au plus tôt le 31 décembre 2017. La résiliation requiert la forme écrite. En cas de résiliation par un seul assureur, la convention reste valable pour les autres assureurs qui l'ont conclue.

<sup>2</sup> Si Senesuisse souhaite résilier la présente convention avec tous les assureurs pour lesquels tarifsuisse sa l'a conclue, elle est habilitée à adresser la dénonciation avec effet contraignant à tarifsuisse sa à l'attention des parties à la convention. Le courrier de résiliation doit désigner clairement et sans équivoque la convention concernée et indiquer clairement que la convention est résiliée pour l'ensemble des assureurs. La résiliation avec certains assureurs est impossible.

<sup>3</sup> Certains fournisseurs de prestations peuvent déclarer vouloir résilier à titre individuel la présente convention, y compris ses annexes, à la fin d'une année civile, moyennant un préavis de six mois, et au plus tôt le 31 décembre 2017. La dénonciation de différentes parties ou annexes à la convention est impossible.

## **Art. 20 Modifications de la convention**

Les parties à la convention peuvent négocier à tout moment des adaptations, modifications ou ajouts à la présente convention ou à ses annexes.

## **Art. 21 Annexes**

La présente convention contient les annexes suivantes:

### **Annexe 1**

## Registre des fournisseurs de prestations affiliés

### Annexe 2

### Modalités de contrôle de l'attribution à un échelon de soins

### Annexe 3

### Echange électronique des données

Berne/Soleure, le 27 octobre 2015

**senesuisse**



Clovis Défago  
Président



Christian Streit  
Directeur

Au nom des assureurs cités comme parties à la convention et pour elle-même, pour les règlements définissant les droits ou obligations de tarifsuisse:

**tarifsuisse sa** S. 7.16



Renato Laffranchi  
Responsable Achat de prestations



Igor Guerreiro Carrasquinho  
Responsable des négociations

fu

## Annexe 1

---

1. Registre des fournisseurs de prestations ayant adhéré à la convention, y c. informations suivantes:

- canton,
- n°rcc; n° GLN/EAN, si disponible,
- NPA, localité,
- nombre de lits,
- système d'évaluation des besoins.

2. Un changement de système ne peut intervenir qu'au 1<sup>er</sup> janvier ou au 1<sup>er</sup> juillet d'une année; les parties à la convention doivent en être informées au moins trois mois avant.

3. senesuisse tient un registre des fournisseurs de prestations ayant adhéré et informe régulièrement les parties à la convention des nouvelles adhésions.

### Modalités du contrôle de la classification

1. Les documents suivants constituent des exemples de documents transmis ou présentés à des fins de contrôle.

Exemples de documents d'évaluation:

- déclaration des besoins selon BESA;
- protocole des prestations saisies (BESA);
- déclaration des besoins RAI et MDS, ainsi que résumé de l'évaluation (RAI);
- déclaration des besoins et profil bio-psycho-social (y c. 2<sup>e</sup> page) (Plaisir).

Exemples de documents ayant trait aux soins:

- prescription médicale;
- plan de soins standardisé et/ou personnalisé;
- rapport de soins/d'évolution;
- fiche de médicaments/prescription;
- plan thérapeutique;
- protocole de soin des plaies;
- plan de réadaptation.

**Cette liste n'est pas exhaustive.**

### 2. Qualification des contrôleurs

Les contrôleurs des assureurs-maladie sont des spécialistes qui connaissent le système d'évaluation des besoins et qui y ont été formés.

#### 3a) Contrôle chez l'assureur

L'assureur qui souhaite se voir transmettre les documents à des fins de contrôle, le justifie brièvement et dans les grandes lignes.

Le responsable des soins du fournisseur de prestations peut donner son avis sur la décision du contrôleur de l'assureur.

#### 3b) Contrôle de la classification chez le fournisseur de prestations

##### *aa. Fixation de la date du contrôle*

L'assureur convient d'une date avec le fournisseur de prestations. Celle-ci lui est confirmée avant la visite par un courrier précisant en outre le nom des assurés faisant l'objet du contrôle et le nom du contrôleur.

##### *bb. Contrôle des classifications*

Le fournisseur de prestations fait en sorte qu'une personne médicalement compétente soit disponible pour fournir des renseignements lors du contrôle sur place.

Le niveau de soins prescrit est contrôlé et discuté à l'aide des documents présentés.

##### *cc. Fondements de la décision*

Le contrôleur fonde sa décision sur l'ensemble des documents qui lui ont été présentés aux fins de contrôle, ainsi que sur les renseignements du personnel médical et, au besoin, sur les observations qu'il a pu lui-même faire sur le patient. La décision finale se fonde sur les documents disponibles au moment du contrôle. Les documents soumis *a posteriori* ne sont pas pris en compte.

Le contrôleur peut, si nécessaire, réaliser lui-même ou faire réaliser une classification. Le responsable des soins a la possibilité de donner son avis sur la décision du contrôleur.

dd. En cas de désaccord, le fournisseur de prestations et l'assureur peuvent, en plus des spécialistes des deux parties participant déjà à la procédure, faire appel, à titre complémentaire, à un autre expert.

Une solution est généralement trouvée dans les quatre semaines suivant la date du contrôle. Jusqu'à la fin de cette période, la partie contestée de la facture ne fait l'objet d'aucun remboursement de la part de l'assureur. Si les parties ne trouvent aucune solution, l'assureur paie la part non contestée des coûts de soins rétroactivement, à compter de la date du contrôle.

## Annexe 3

---

### Echange électronique des données

1. Lors de l'échange électronique des données, le standard actuel (XML 4.4) et les directives définies dans le concept spécialisé eKARUS Soins s'appliquent.
  
2. Lors de l'échange électronique des données, la déclaration des besoins contient les indications suivantes:
  - a) données relatives à l'assuré (numéro d'assuré, numéro de carte d'assuré, numéro d'assurance sociale, nom, prénom, date de naissance, sexe);
  - b) nature du problème, si disponible (maladie, accident ou invalidité);
  - c) nom de l'assureur;
  - d) numéro du registre des codes-créanciers (n° rcc) et numéro GLN/EAN du fournisseur de prestations, si disponible;
  - e) degré d'impotence (allocation pour impotence faible/moyenne/grave), si connu;
  - f) durée de validité de la prescription médicale (de... à...);
  - g) système de classification;
  - h) RAI: désignation des groupes de coûts;
  - i) BESA: groupes de prestations 5-10, y compris points et niveau de contribution (CP 2005); paquets de mesures 1-6 (CP 2010);
  - k) PLAISIR: fourchettes de valeurs avec et sans CSB;
  - k) coûts de soins complémentaires (eKARUS): attribut et fourchettes de valeurs par système;
  - l) niveau de contribution selon l'OPAS;
  - m) nom, numéro du registre des codes-créanciers (n° rcc) et n° EAN/GLN du médecin prescripteur;
  - n) première classification ou classification suivante.
  
3. Lors de l'échange électronique des données, la facture contient les indications suivantes:
  - a) données relatives à l'assuré (numéro d'assuré, numéro de carte d'assuré, numéro d'assurance sociale, nom, prénom, date de naissance, sexe);
  - b) nom de l'assureur;
  - c) numéro de facture complet du fournisseur de prestations, y compris date de la facture;
  - d) numéro du registre des codes-créanciers (n° rcc) et numéro GLN/EAN du fournisseur de prestations;
  - e) numéro du registre des codes-créanciers (n° rcc) et numéro GLN/EAN du médecin prescripteur;
  - f) calendrier complet (période et nombre de jours de soins, moins les jours de congé et les jours à l'hôpital)
  - g) degré d'impotence (allocation pour impotence faible/moyenne/grave), si connu;
  - h) système de classification;
  - i) niveau de contribution selon l'OPAS et montant de la facture pour les prestations visées à l'art. 7 OPAS (y c. codes tarifaires);
  - j) RAI: désignation des groupes de coûts;
  - k) BESA: groupes de prestations 5-10, y compris points et niveau de contribution (CP 2005); paquets de mesures 1-6 (CP 2010);
  - l) PLAISIR: fourchettes de valeurs;
  - m) coûts de soins complémentaires (eKARUS): attribut et fourchettes de valeurs par système;
  - n) total des minutes de soins fournies par jour et niveau de contribution selon l'OPAS, montant de la facture pour les prestations visées à l'art. 7 OPAS (y c. codes tarifaires);
  - o) prestations annexes.