



Contrat

entre

senesuisse
Kapellenstrasse 14
Case postale 5236
3001 Berne

ci-après dénommée «**senesuisse**»

et

Helsana Assurances SA et al.
Zürichstrasse 130
8600 Dübendorf

Sanitas Assurances de base SA et al.
Jägergasse 3
8004 Zürich

KPT Caisse-maladie SA
Tellstrasse 18
3000 Berne 22

ci-après dénommées «**Assureurs HSK**»
(adresse postale: communauté d'achat HSK, case postale, 8081
Zürich)

– conjointement dénommées «**Parties**» –

concernant

les soins ambulatoires dans des logements avec services

et applicable au 1^{er} janvier 2016

En cas de contestations, la version allemande fait foi

Table des matières

Art. 1	Parties	3
Art. 2	Affiliation au contrat	3
Art. 3	Adhésion au contrat	3
Art. 4	Champ d'application	4
Art. 5	Conditions préalables à l'octroi d'une prestation	4
Art. 6	Évaluation des soins requis	4
Art. 7	Ordonnance médicale / déclaration des besoins	4
Art. 8	Modification des besoins en soins	5
Art. 9	Ordonnances, facturation et rémunération	5
Art. 9.1	Ordonnances	5
Art. 9.2	Facturation	6
Art. 9.3	Rémunération	6
Art. 10	Economicité et assurance qualité	7
Art. 11	Confidentialité, protection des données et obligation de garder le secret	7
Art. 12	Devoir d'explication	7
Art. 13	Devoir de renseigner des fournisseurs de prestations	8
Art. 14	Début, durée et résiliation du contrat	8
Art. 15	Annexes au contrat	8
Art. 16	Réserve sur l'exigence de la forme écrite	8
Art. 17	Clause de sauvegarde	9
Art. 18	Droit applicable / instance de conciliation	9
Art. 19	Dispositions finales	9
Annexe 1	– Assureurs signataires	14
Annexe 2	– Fournisseurs de prestations ayant adhéré	15
Annexe 3	– Tarif applicable	16
Annexe 4	– Déclaration des besoins	18
Appendice 1	à l'annexe 4 – Liste des prestations selon art. 7 al. 2 OPAS	19
Appendice 2	à l'Annexe 4 – Feuille de planification des prestations selon RAI-Home-Care	20
Annexe 5	– Convention relative au contrôle des assureurs-maladie	21

Art. 1 Parties

- ¹ Les parties au présent contrat sont l'association senesuisse, ci-après «senesuisse», ainsi que les institutions ayant adhéré à la convention et mentionnées à l'annexe 1, Helsana Assurances SA, Sanitas Assurances de base SA et la KPT Caisse-maladie SA, et les assureurs désignés en Annexe 1 partie A – B, ci-après respectivement dénommés «Assureurs HSK».
- ² D'autres assureurs peuvent adhérer au présent contrat moyennant le consentement des Assureurs HSK contractants et de l'Association. Les assureurs en question figurent en Annexe 1.
- ³ Helsana Assurances SA est autorisée à effectuer toutes les actions en rapport avec le présent contrat au nom et pour le compte des assureurs désignés en Annexe 1 partie A.
- ⁴ Sanitas Assurances de base SA est autorisée à effectuer toutes les actions en rapport avec le présent contrat au nom et pour le compte des assureurs désignés en Annexe 1 partie B.

Art. 2 Affiliation au contrat

- ¹ Les assureurs s'affilient au présent contrat acceptent sans réserve toutes les dispositions de ce dernier avec l'ensemble de ses composantes.
- ² En cas de changements des parties contractantes, les Assureurs HSK informent respectivement tous les partenaires contractuels.
- ³ L'affiliation au contrat se fait sous réserve de l'approbation de l'autorité compétente (art. 46 al. 4 LAMal).

Art. 3 Adhésion au contrat

- ¹ Tous les fournisseurs de soins qui satisfont à l'art. 51 OAMal, disposent d'une autorisation de droit cantonal et dont l'activité principale est la fourniture de soins ambulatoires dans des logements avec services peuvent adhérer au présent contrat.
- ² L'adhésion des fournisseurs de soins implique la reconnaissance du présent contrat dans son intégralité avec toutes ses annexes.
- ³ Les fournisseurs de soins doivent remplir les conditions légales, disposer du personnel nécessaire et avoir fourni les justificatifs requis à cet effet.
- ⁴ La procédure d'adhésion est engagée par senesuisse après signature de la totalité du contrat et se fonde sur les directives de senesuisse. Un fournisseur de soins adhère au contrat par le biais d'une déclaration adressée à la partie contractante dans les 45 jours suivant l'ouverture de la procédure d'adhésion.
- ⁵ Les fournisseurs de soins exerçant en Suisse et dûment autorisés qui ne sont pas membres de la partie contractante peuvent adhérer au présent contrat par le biais d'une déclaration écrite adressée à l'association cantonale de senesuisse. La procédure d'adhésion et les coûts sont basés sur les conditions de senesuisse.
- ⁶ senesuisse informe régulièrement les partenaires contractuels de la liste actualisée des adhésions (Annexe 2).

Art. 4 Champ d'application

- ¹ Ce contrat règle les processus administratifs pour les soins ambulatoires au sens des art. 25a LAMal, 51 OAMal et 7 ss OPAS.
- ² Les soins sont principalement dispensés auprès d'assurés qui vivent dans des logements avec services (aide et soins à domicile ou résidences pour personnes âgées, appartements protégés et autres offres comparables). Des soins peuvent également être fournis pour des assurés qui vivent en dehors de ces offres.
- ³ Le contrat déploie ses effets sur les assurés qui prennent une assurance auprès d'un assureur désigné en Annexe 1 du présent contrat et qui peuvent bénéficier des prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.

Art. 5 Conditions préalables à l'octroi d'une prestation

Les assureurs prennent en charge les coûts des soins médicaux ambulatoires selon l'art. 7 al. 2 et l'art. 8 OPAS fournis sur la base de l'évaluation des soins requis, par prescription médicale ou mandat médical dans une organisation d'aide et de soins à domicile remplissant les conditions de l'art. 51 OAMal.

Art. 6 Évaluation des soins requis

- ¹ En vertu de l'art. 8 OPAS, une évaluation des soins requis doit être effectuée. Les fournisseurs de prestations sont libres de choisir l'outil standardisé d'évaluation des soins requis.
- ² L'évaluation écrite des soins requis comprend l'appréciation de l'état général, l'évaluation de l'environnement ainsi que des besoins individuels en termes d'aide et de soins. Les prestations de fournisseurs externes (soins) sont également indiquées. L'évaluation des soins requis est réalisée par un-e infirmière (-er) diplômé-e compétent-e dans ce domaine (v. art. 8 al. 2 OPAS et art. 49 OAMal).
- ³ Le résultat doit être inscrit sur le formulaire de déclaration des soins requis selon l'Annexe 4.
- ⁴ L'évaluation soins requis a lieu au début des prestations et doit être terminée au plus tard dans les 14 jours civils suivant le début de l'intervention.

Art. 7 Ordonnance médicale / déclaration des besoins

- ¹ Les soins médicaux nécessitent une ordonnance médicale. La déclaration indique les besoins prévisibles en soins.

Le mandat médical ou l'ordonnance doit être limité dans le temps. Tous deux peuvent être délivrés

- a) pour les malades de type aigu, 3 mois maximum et
- b) pour les patients de longue durée, 6 mois maximum.

Le mandat médical ou l'ordonnance médicale peuvent être renouvelés.

- ² Le formulaire de déclaration des besoins est à envoyer à l'assureur entièrement rempli immédiatement après sa signature par le médecin et par la personne responsable du fournisseur de prestations. Lorsque cela n'est pas possible, l'envoi doit avoir lieu au plus tard avec la première facture.
- ³ Les données du début du traitement et de l'ordonnance doivent être identiques. Les ordonnances rétroactives ne sont pas autorisées.
- ⁴ Si l'assureur ne fait pas opposition dans les 14 jours civils suivant la réception de la déclaration, la prise en charge obligatoire est considérée comme applicable sous réserve du principe visé par l'art. 32 LAMal (efficacité, adéquation et caractère économique).
- ⁵ La déclaration des besoins comprend les informations suivantes:
 - a) renseignements sur la personne assurée: nom, prénom, rue, NPA, lieu, date de naissance, sexe, au moins un numéro d'identification correct (numéro d'assuré, numéro d'assurance sociale, numéro de carte d'assuré)
 - b) motif du traitement (maladie ou accident)
 - c) nom de l'assureur
 - d) numéro de registre des codes-créanciers (n° RCC) du fournisseur de prestations / numéro GLN/EAN pour la facturation par voie électronique
 - e) médecin prescripteur y compris n° RCC, le cas échéant
 - f) début et durée de validité de l'ordonnance médicale
 - g) besoins prévisibles en prestations annexes
 - h) nombre de minutes prévisibles en fonction du type de prestations selon l'art. 7 al. 2 let. a) à c) OPAS pour la durée de validité de l'ordonnance

Art. 8 Modification des besoins en soins

- ¹ Si le besoin en soins change durablement, une nouvelle évaluation des soins requis doit être effectuée.
- ² Si le besoin en soins change temporairement, cette modification doit simplement - sans nouvelle évaluation des soins requis - être signalée à l'assureur.

Art. 9 Ordonnances, facturation et rémunération

Art. 9.1 Ordonnances

Les Assureurs HSK prennent en charge les coûts des prestations contractuelles conformément à l'ordonnance médicale, aux dispositions des lois LAMal, OAMal et OPAS ainsi qu'à l'étendue des prestations selon l'art. 5 du présent contrat.

Art. 9.2 Facturation

- ¹ La facturation doit faire apparaître:
 - a) renseignements sur la personne assurée: nom, prénom, rue, NPA, lieu, date de naissance, sexe, au moins un numéro d'identification correcte (numéro d'assuré, numéro d'assurance sociale, numéro de carte d'assuré)
 - b) données de l'assureur maladie compétent (nom, adresse, NPA, lieu)
 - c) numéro de registre des codes-créanciers (n° RCC) du fournisseur de prestations, numéro GLN/EAN pour la facturation par voie électronique
 - d) le cas échéant, données relatives au fournisseur de prestations prescripteur (nom, prénom, NPA, lieu, numéro RCC et GLN)
 - e) motif du traitement (maladie ou accident)
 - f) date de facturation, numéro de facture, montant total
 - g) détails sur la facturation (tarif, position, désignation du chiffre tarifaire, points tarifaires, valeur du point)
 - h) calendrier
- ² Pour les traitements ambulatoires qui se poursuivent après la fin de l'année, une facture intermédiaire doit être établie au 31.12. Si un assuré change d'assureur au 30.06., le fournisseur de prestations établit une facture intermédiaire au 30.06. sur demande de l'assureur au plus tard avant le 15.08. de l'année civile.
- ³ La facturation aux Assureurs HSK et la transmission des données importantes à la facturation sont effectuées gratuitement.
- ⁴ L'échange de données par voie électronique doit s'effectuer selon les standards et directives du «Forum Datenaustausch» sur l'échange de données (standard xml).

Art. 9.3 Rémunération

- ¹ Les partenaires contractuels conviennent que les Assureurs HSK sont redevables de la rémunération (système du tiers payant). Le fournisseur de prestations envoie gratuitement à l'assuré une copie de la facture.
- ² Les tarifs applicables figurent en Annexe 3.
- ³ Les Assureurs HSK payent au fournisseur de prestations exclusivement les coûts pour les prestations obligatoires de l'assurance-maladie obligatoire.
- ⁴ Seules les factures conformes au contrat et à la loi sont payées par les Assureurs HSK. Autrement, les Assureurs HSK demandent aux fournisseurs de prestations de rédiger une facture conforme au contrat et à la loi.
- ⁵ Les Assureurs HSK payent aux fournisseurs de prestations la rémunération due dans les 30 jours à compter de la date à laquelle les Assureurs HSK disposent ou auraient pu disposer de tous les documents nécessaires à la vérification de la conformité de la facture par rapport au contrat et à la loi (selon art. 42 al. 3 LAMal).

- ⁶ Des intérêts de retard ne sont pas dus.
- ⁷ En cas de réclamation justifiée, le délai de paiement est interrompu conformément à l'art. 6.3 al. 5 ci-dessus.
- ⁸ Tout droit éventuel à des compensations de créances entre les parties est exclu.
- ⁹ Les dépenses personnelles et les prestations non-obligatoires sont facturées directement au patient par les fournisseurs de prestations.
- ¹⁰ Le fournisseur de prestations facture le tarif correspondant aux dépenses découlant des soins fournis selon l'Annexe 3. Les factures de prépaiement ne sont pas autorisées.
- ¹¹ L'ensemble des prestations en vertu du droit de l'assurance-maladie pour les soins est rémunéré avec le paiement des prestations selon l'art. 7 OPAS.
- ¹² Le fournisseur de prestations n'est pas autorisé à facturer des soins selon l'art. 7 OPAS lorsque le patient se trouve à l'hôpital ou en home médicalisé (y compris pour les soins aigus et de transition en stationnaire). Cela ne vaut pas pour le jour d'arrivée et celui de départ. En outre, le fournisseur de prestations n'est pas autorisé à facturer des soins ambulatoires lorsque le patient bénéficie de prestations de soins aigus et de transition ambulatoires.

Art. 10 Économicité et assurance qualité

- ¹ Les soins doivent être fournis en observant les critères de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité (art. 32 LAMal). Le fournisseur de prestations doit limiter ses soins à une mesure se situant dans l'intérêt de l'assuré et nécessaire à l'objectif du traitement (art. 56 LAMal). Il évalue à cet effet les besoins en soins.
- ² Les mesures relatives à la garantie et la promotion de la qualité conformément aux art. 22a et 58 LAMal ainsi qu'à l'art. 77 LAMal peuvent être définies 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 du présent contrat se font conformément aux dispositions légales fédérales.

Art. 12 Devoir d'explication

Les fournisseurs de prestations reconnaissent qu'ils sont soumis de par la loi (en particulier aux règles sur le contrat de mandat selon CO) à un devoir d'explication particulier vis-à-vis de leurs patients sur les prestations des assureurs-maladie sociaux et sur les coûts non couverts par l'assurance-maladie obligatoire.

Art. 13 Devoir de renseigner des fournisseurs de prestations

Les assureurs ont l'obligation légale de vérifier la prise en charge obligatoire et l'efficience (EAE) des prestations qui leur sont facturées. À cet effet, ils effectuent les contrôles suivants:

1. vérification des documents envoyés à l'assureur par les organisations d'aide et de soins à domicile
2. contrôle des dossiers clients auprès du fournisseur de prestations
3. contrôle au cas par cas auprès de l'assuré

Art. 14 Début, durée et résiliation du contrat

- ¹ Le contrat entre en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Il peut être résilié par chaque partie contractante moyennant le respect d'un préavis de 6 mois pour la fin d'une année civile.
- ² Les différents fournisseurs de prestations peuvent se retirer du contrat moyennant un préavis de 6 mois pour la fin d'une année civile. Le retrait de certaines parties du contrat ou de certaines annexes ou vis-à-vis de certains assureurs n'est pas autorisé. Les fournisseurs de prestations adressent leur déclaration de résiliation écrite à senesuisse. senesuisse informe les Assureurs HSK immédiatement. Le contrat reste entièrement applicable aux autres parties et fournisseurs de prestations.
- ³ Le présent contrat remplace toutes les conventions tarifaires ayant le même objet de réglementation pour senesuisse, les fournisseurs de prestations et les Assureurs HSK soumis au présent contrat, également celles qui ont été conclues avec les éventuelles organisations antérieures.

Art. 15 Annexes au contrat

Les annexes suivantes sont parties intégrantes du présent contrat et ne peuvent pas être résiliées individuellement.

- | | |
|----------|---|
| Annexe 1 | Assureurs signataires |
| Annexe 2 | Fournisseurs de prestations ayant adhéré |
| Annexe 3 | Tarif applicable |
| Annexe 4 | Déclaration des besoins |
| Annexe 5 | Convention relative au contrôle des assureurs maladie |

Art. 16 Réserve sur l'exigence de la forme écrite

Tous les compléments et modifications apportés au présent contrat ou à ses annexes requièrent la forme écrite et doivent être signés de plein droit par les parties contractantes. Si une modification relève du champ de vérification de l'art. 46 al. 4 LAMal, l'autorisation constituante des autorités délivrant l'autorisation demeure réservée.



Art. 17 Clause de sauvegarde

Si l'une ou plusieurs des dispositions du présent contrat est ou devient invalide, inapplicable ou nulle, la validité du reste du présent contrat reste inchangée. Les dispositions invalides, inapplicables ou nulles doivent être remplacées par des réglementations les plus proches du sens et de la portée économique souhaités par les parties. Si une modification relève du champ de vérification de l'art. 46 al. 4 LAMal, l'autorisation constituante de l'autorité délivrant l'autorisation demeure réservée.

Art. 18 Droit applicable / instance de conciliation

- ¹ Le droit suisse est applicable.
- ² La procédure en cas de litige se fonde sur l'art. 89 LAMal.

Art. 19 Dispositions finales

Le présent contrat est établi et signé en 5 exemplaires. Un exemplaire du contrat est destiné à chacune des parties contractantes, ainsi qu'à l'autorité délivrant l'autorisation.



senesuisse

Berne, le 20.1.2016

Clovis Défago
Präsident senesuisse

Christian Streit
Geschäftsführer senesuisse

Les **Assureurs HSK**:

Pour Helsana Assurances SA:

Dübendorf, le 27.01.2016



Michael Willer

Membre de la direction du groupe
Responsable service clients & prestations



Peter Graf

Responsable achat des prestations

Pour Sanitas Assurances de base SA:

Zürich, le 26 janvier 2016



~~Jutta Klein~~ *Sonja Campanile*
Responsable gestion des prestations



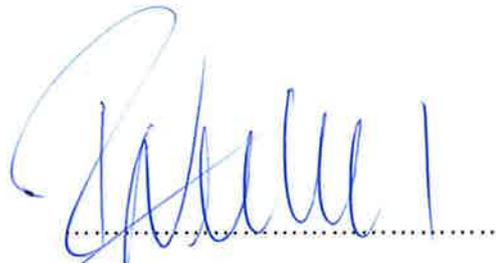
Heinz Rieder
Acheteur de prestations

Pour CPT Caisse-maladie SA:

Berne, le **05. FEB. 2016**



Beat Arnet
Responsable prestations



Reto Neuhaus
Responsable achat des prestations

Annexe 1 – Assureurs signataires

Les assureurs suivants ont signé le présent contrat:

A.

- Progrès Assurances SA
- Avanex Assurances SA
- Sansan Assurances SA
- indivo Assurances SA

B.

- Compact Assurances de base SA
- Wincare Assurances SA

Annexe 3 – Tarif applicable

Art. 1 Rémunération

¹ Conformément aux prestations obligatoires mentionnées à l'art. 4 de la présente convention tarifaire, les parties contractantes conviennent des tarifs suivants:

Tarif 964 Chiffre tarifaire	OPAS	Sur la base des contributions des frais d'aide et de soins à domicile selon art. 7a al. 1 OPAS
96401	Art. 7, al. 2 a)	Mesures d'évaluation, de conseil et de coordination
96402	Art. 7, al. 2 b)	Mesures d'examen et de traitement
96403	Art. 7, al. 2 c)	Mesures liées aux soins de base

² Les besoins en soins sont établis pour chaque prestation. La durée d'intervention maximale facturable pour les prestations selon l'art. 7 al. 2 a-c s'élève en moyenne par période de facturation à 160 minutes au plus par jour d'intervention.

³ Pour les mesures de soins auprès d'assurés qui ne vivent pas dans des logements avec services (aide et soins à domicile ou résidences pour personnes âgées, appartements protégés et autres offres comparables), l'organisation d'aide et de soins à domicile peut facturer les contributions selon l'art. 7a al. 1 OPAS sans plafond de coûts.

⁴ La facturation de suppléments pour les prestations de soins fournies de nuit, le weekend et les jours fériés généraux n'est pas autorisée.

⁵ Le montant définitif (total de toutes les prestations prises en charge par les caisses) doit être respectivement arrondi vers le haut ou le bas aux prochains 5 centimes et selon les règles d'arrondi habituelles.

⁶ Les moyens et appareils prescrits selon l'Annexe 2 OPAS (liste des moyens et appareils) qui ont été délivrés et facturés par le fournisseur de prestations : La facturation doit être détaillée, y compris le numéro de position LiMA et le calendrier.

Selon 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 d'un autre fournisseur de prestations agissant en son nom. Les partenaires dans les négociations se fondent sur un avantage de 15 % sur les prix maximum prévus par la LiMA.

⁷ Pour les moyens et appareils selon l'Annexe 2 OPAS, pour lesquels est fixée une limite, l'ordonnance médicale doit être impérativement jointe à la première facturation.

⁸ Le fournisseur de prestations n'est pas autorisé à facturer des médicaments à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.

Art. 2 Prestations non prises en charge obligatoirement par les assureurs-maladie

Les coûts pour la tenue du ménage, la suite de la prise en charge et autres, les coûts ne relevant pas des prestations selon l'art. 7 al. 2 let. a à c OPAS ne font pas partie des prestations obligatoires des assureurs-maladie et doivent être signalés au client comme prestations non prises en charge et facturées séparément.



Annexe 4 – Déclaration des besoins

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

Nom Assureur-maladie
 Prénom N° d'assuré
 Rue Assureur accidents (si prestations selon LAA)
 NPA/lieu Date de naissancejour mois année
 Sexe: Féminin Masculin

Motif du traitement: Maladie Invalidité Accident Maternité

Indication: Besoin en soins généraux Traitement/Instruction Soins après séjour hospitalier

Première ordonnance Renouvellement d'ordonnance

Durée (art. 8 OPAS) valable pour: 3 mois 6 mois

Autre durée: du..... au.....

A) Déclaration des besoins pour les soins pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (art. 7 et 8 OPAS)

	h par mois	h par trimestre
a) Mesures d'évaluation, de conseil et de coordination
1. Évaluation des besoins du patient et de son environnement, planification des mesures nécessaires <input type="checkbox"/>
2. Conseils à la patiente/au patient, et à son entourage <input type="checkbox"/>
3. Coordination des mesures et dispositions concernant les complications dans les situations de soins complexes et instables <input type="checkbox"/>
b) Mesures d'examen et de traitement <input type="checkbox"/>
c) Mesures liées aux soins de base		
1. Soins de base généraux <input type="checkbox"/>
2. Mesures destinées à surveiller et à soutenir des malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie <input type="checkbox"/>
Total de tous les soins par mois, par trimestre

Remarques particulières:

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

Fournisseur de prestations: date et signature

Nom médecin: date et signature

Tampon / numéro RCC:

Tampon / numéro RCC:

Le formulaire de déclaration des besoins doit être rempli et signé par le médecin au plus tard 2 semaines après le début des soins. Le formulaire de déclaration des besoins est ensuite renvoyé au fournisseur de prestations qui garde une copie pour soi et envoie l'original accompagné de la feuille de planification des soins 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 _____

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

Cocher si la prestation est prévue	Description du détail des prestations (selon art. 7 al. 2 OPAS)	Nombre: combien de fois la prestation est à fournir	Fréquence: unité de la prestation prévue
	Évaluation des besoins en soins etc.		
	Conseil 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 thérapeutiques pour la respiration etc.		
	Pose de sondes et de cathéters etc.		
	Soins 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 médicinaux partiels ou complets etc.		
	Soins permettant la mise en œuvre de la thérapie médicale au quotidien etc.		
	Mesures destinées au soutien 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 soutenir des malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie, telles que la planification et structuration de leurs journées de manière appropriée etc.		

Appendice 2 à l'Annexe 4 – Feuille de planification des prestations selon RAI-Home-Care

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

Exemple (catalogue de prestations version mars 2011/1)

Feuille 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 a.b. dans le catalogue de prestations.

N°	Description prestations	Catégorie	Q	Formation	Nbre	Unité	Temps	Qual. min.	OPAS
10104	Toilette partielle au lavabo (y compris hygiène intime)	Hygiène et confort			1	t7	26		c
10111	Frotter la peau / massage (sans ordonnance thérap. / en tant que prestation séparée)	Hygiène et confort			1	t7	7		non
10404	Lavage de vessie	Excrétion			a.b.		15		b
10407	Pose d'une sonde urinaire, durée / unique	Excrétion			a.b.		30		b
10503	Aide pour se lever ou se coucher	Mobilisation			a.b.	t7	5		c
10609	Visite de contrôle de la perfusion	Thérapie			a.b.		12		b

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

Les prestations d'intendance 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 OPAS 7			Prestations non soumises à LAMai			Total		
	prévision mensuelle en h, en h/min, en %			prévision mensuelle en h, en h/min, en %			en h, en h/min, en %		
Prestations uniques	0.0	0:00		0.0	0:00				
Prestations périodiques									
- 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%
Ajustement en raison d'une double prise en compte du temps en cas de prestations fournies simultanément									
- par jour									
- par semaine									
- par mois			0.0%			0.0%			100.0%

Q, QUI: S=-Organisation d'aide et de soins à domicile / F = formation / Nbre = nombre

Unité = j2, j3...j7: 2,3 ...7 jours par semaine / h = hebdomadaire / m= mensuel / u= unique / a.b. = au 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'aide et des soins à domicile

OPAS = OPAS 7 a= évaluations / b= examen et traitement / c= soins de base

Annexe 5 – Convention relative au contrôle des assureurs-maladie

Art 1. Vérification des documents transmis à l'assureur par les fournisseurs de prestations

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

- Formulaire de déclaration des besoins selon art. 7 d
- Formulaire de facturation selon art. 9
- Comme annexe de la déclaration des besoins: liste des prestations selon art. 7 al. 2 OPAS ou feuille de planification des prestations selon RAI-Home-Care

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

Art. 2 Contrôle auprès du fournisseur de prestations

- ¹ L'assureur signale au fournisseur de prestations la visite de contrôle. Le contrôle est effectué dans les 30 jours civils suivant son annonce. Exceptionnellement, il est possible de déroger à ce délai en concertation réciproque.
- ² Compte tenu de l'art. 42 al. 5 LAMal et du principe de proportionnalité, le fournisseur de prestations met à la disposition du contrôleur de l'assureur toutes les informations importantes n'ayant pas encore été transmises concernant les dossiers demandés dans les locaux commerciaux pour consultation. Le fournisseur de prestations veille à ce qu'une personne qualifiée et familière des dossiers se tienne à la disposition du contrôleur pour d'éventuelles questions.
- ³ Après l'exécution du contrôle, l'assureur est tenu de faire un compte rendu écrit au fournisseur de prestations dans les 10 jours.

Art. 3 Contrôle au cas par cas auprès de l'assuré dans le cadre d'une intervention de soins

- ¹ L'assureur informe l'assuré sur l'objectif de la visite et convient d'un rendez-vous. La visite de contrôle peut avoir lieu durant une intervention régulière du fournisseur de prestations. Dans ce cas, l'assuré informe le fournisseur de prestations de la visite prévue au moins 14 jours civils à l'avance.
- ² Après l'exécution du contrôle, l'assureur est tenu de faire un compte rendu écrit au fournisseur de prestations dans les 10 jours.