
Convention administrative

soins stationnaires de longue durée en EMS et structures de jour et de nuit
et réglementation administrative des prestations accessoires
entre

CURAVIVA Suisse
Zieglerstrasse 53
3000 Berne 14

et

senesuisse
Kapellenstrasse 14
3001 Berne

ci-après « **associations** »

et

Communauté d'achat HSK SA
Zürichstrasse 130
8600 Dübendorf

ci-après « **HSK** »

(**adresse postale** : Communauté d'achat HSK SA | Case postale | 8081 Zurich)

- ensemble « parties à la convention » -

concernant

la rémunération des prestations LAMal dans les soins stationnaires de longue durée en EMS et en structures de jour et de nuit et la réglementation administrative des prestations accessoires

Valable à partir du 1.7.2019

Table des matières

Art. 1	Parties à la convention	3
Art. 2	Adhésion à la convention et retrait de celle-ci des assureurs	3
Art. 3	Adhésion à la convention et retrait de celle-ci des fournisseurs de prestations	3
Art. 4	Domaine d'application et étendue des prestations	4
Art. 5	Obligations du fournisseur de prestations et des assureurs	4
Art. 5.1	Obligations du fournisseur de prestations	4
Art. 5.2	Obligations des assureurs	4
Art. 6	Montants selon art. 7 ss OPAS	4
Art. 7	Prescription médicale, évaluation des soins requis, facturation et rémunération	5
Art. 7.1	Prescription médicale, évaluation des soins requis	5
Art. 7.2	Déclaration des soins requis à l'assureur	5
Art. 7.3	Modification du degré de soins requis	6
Art. 7.4	Facturation	6
Art. 7.5	Rémunération	7
Art. 8	Economicité et assurance qualité, réalisation des contrôles	7
Art. 9	Validité des versions linguistiques	7
Art. 10	Début, durée et résiliation de la convention	7
Art. 11	Annexes à la convention	8
Art. 12	Forme écrite	8
Art. 13	Clause salvatrice	8
Art. 14	Droit applicable / instance de conciliation	8
Art. 15	Dispositions finales	8
Annexe 1	– Assureurs affiliés	11
Annexe 2	– Prestations supplémentaires facturables	12
Annexe 3	– Systèmes d'évaluation des soins requis	13
Annexe 4	– Accord relatif aux contrôles des assureurs maladie	14
4.1	Contrôle chez le fournisseur de prestations	14
4.2	Contrôle des documents remis à l'assureur par le fournisseur de prestations	15
Annexe 5	Procédure d'adhésion	16
1.1	Délai pour l'adhésion à la présente convention	16
1.2	Délai pour les nouveaux adhérents	16
1.3	Déclarations de résiliation et de mutation	16

Art. 1 Parties à la convention

Les parties à la présente convention sont CURAVIVA Suisse et senesuisse, ci-après « associations », ainsi que la Communauté d'achat HSK SA, ci-après « HSK ».

Art. 2 Adhésion à la convention et retrait de celle-ci des assureurs

- 1 La présente convention s'applique à tous les assureurs affiliés à la Communauté d'achat HSK AG, pour autant qu'ils ne communiquent pas par écrit, dans les 14 jours à compter de la signature de la convention, qu'ils ne souhaitent pas adhérer à la convention.
- 2 Les assureurs adhérents à la présente convention sont mentionnés dans l'annexe 1. En cas de modification, HSK informe l'association ainsi que tous les assureurs affiliés.
- 3 Les assureurs qui ne sont pas affiliés à HSK peuvent adhérer à la présente convention par une déclaration écrite. Ceux-ci doivent verser une taxe d'adhésion et une participation annuelle aux coûts. Les détails sont réglés en dehors de la présente convention.
- 4 Les assureurs adhérents à la présente convention, ci-après « assureurs », reprennent sans réserve l'ensemble des dispositions de la présente convention, y c. ses annexes.
- 5 Des assureurs individuels peuvent se retirer de la présente convention avec un délai de préavis de six mois pour le 31 décembre de chaque année, au plus tôt pour le 31.12.2020. La déclaration de retrait doit être remise par écrit dans le délai prescrit à HSK. La convention reste intégralement en vigueur pour les autres assureurs.
- 6 En cas de modification des assureurs selon annexe 1, HSK informe l'association et tous les assureurs affiliés.

Art. 3 Adhésion à la convention et retrait de celle-ci des fournisseurs de prestations

- 1 Peuvent adhérer à la présente convention les fournisseurs de prestations remplissant les conditions de l'art. 4, al. 3 et 4.
- 2 La procédure d'adhésion est convenue entre les parties à la convention dans une annexe 5 et est basée sur les lignes directrices des associations cantonales / de l'association. Les fournisseurs de prestations adhérents reprennent sans réserve l'ensemble des dispositions de la présente convention, y c. ses annexes. L'association (cantonale) remet à HSK par courriel à mail@ecc-hsk.info la liste actualisée des adhérents. Elle informe HSK de toute modification.
- 3 Les fournisseurs de prestations qui ne sont pas membres des associations peuvent adhérer à la présente convention. La procédure (p.ex. taxe d'adhésion, etc.) est basée sur les conditions des associations.
- 4 Des fournisseurs de prestations individuels peuvent se retirer de la présente convention avec un délai de préavis de six mois pour le 30 juin et le 31 décembre de chaque année, au plus tôt pour le 31.12.2020. La déclaration de retrait doit être remise par écrit à l'assureur par le biais de l'association. La convention reste intégralement en vigueur pour les autres fournisseurs de prestations.
- 5 Un fournisseur de prestations adhérent à la présente convention est appelé ci-après «fournisseur de prestations».

Art. 4 Domaine d'application et étendue des prestations

- 1 La présente convention règle le processus administratif des prestations effectuées selon l'art. 25a, al. 1 LAMal dans les EMS et des prestations LAMal pour lesquelles les exigences légales pour les fournisseurs de prestations sont remplies.
- 2 Elle s'applique aux assurés ayant droit aux prestations et assurés auprès de l'un des assureurs selon annexe 1 pour l'assurance obligatoire des soins (AOS).
- 3 Le fournisseur de prestations doit remplir les conditions d'admission selon art. 39, al. 3 LAMal. Si ces conditions ne sont plus remplies pendant la durée de validité de la convention, l'obligation légale de prise en charge de l'AOS échoit à partir de ce moment.
- 4 Les conditions suivantes s'appliquent aux fournisseurs de prestations pour le déroulement des prestations dans les structures de jour et de nuit :
 - a) une autorisation spéciale pour les structures de jour et de nuit, lorsque cela est prévu par le canton
 - b) un mandat de prestations pour les structures de jour et de nuit, lorsque cela est prévu par le canton
 - c) un numéro séparé du registre des codes-créanciers (n° RCC) pour les structures de jour et de nuit.

Art. 5 Obligations du fournisseur de prestations et des assureurs

Art. 5.1 Obligations du fournisseur de prestations

- 1 Sur toute correspondance entre le fournisseur de prestations et les différents assureurs, on notera :
 - Données de la personne assurée : nom, prénom, adresse, date de naissance, sexe, numéro d'assuré
 - Désignation de l'assureur
 - Données du fournisseur de prestations : numéro RCC, GLN
- 2 Dans le cadre de l'échange électronique de données, il est possible de définir des informations complémentaires devant être indiquées et transmises, pour autant qu'elles correspondent aux exigences légales.
- 3 Le fournisseur de prestations est tenu d'informer ses patients concernant les prestations de l'assurance obligatoire des soins ainsi que les coûts non couverts par celle-ci.

Art. 5.2 Obligations des assureurs

L'assureur n'est tenu de prendre en charge les prestations que dans la mesure où d'autres assureurs selon LAA, LAI, LAM ne prennent pas en charge les coûts correspondants. L'obligation de prise en charge provisoire conformément aux dispositions légales (art. 70 LPG) prévaut sur les dispositions de la présente convention.

Art. 6 Montants selon art. 7 ss OPAS

- 1 Sont déterminants les montants selon art 7a, al. 3 et 4 OPAS, sur la base de la déclaration des soins requis.
- 2 Avec le versement du montant selon art. 7a OPAS pour des prestations selon art. 7 OPAS, l'assureur a rempli ses obligations. Les prestations non prises en charge par le montant selon art. 7a OPAS sont mentionnées dans l'annexe 2.

- ³ Les journées d'entrée et de sortie sont considérées comme des journées de soins entières dans les soins stationnaires.

Art. 7 Prescription médicale, évaluation des soins requis, facturation et rémunération

Art. 7.1 Prescription médicale, évaluation des soins requis

- ¹ La fourniture de prestations de soins dans un EMS requiert une prescription médicale signée et une évaluation des soins requis selon art. 8, al. 4 OPAS. Les fournisseurs de prestations sont libres d'utiliser l'instrument d'évaluation des soins requis reconnu de leur choix, selon annexe 3.
- ² L'évaluation des soins requis relève de la responsabilité d'un personnel soignant disposant d'une formation de degré tertiaire et formé spécifiquement au système.
- ³ Le résultat de l'évaluation des soins requis selon art. 8 OPAS doit être consigné avec le médecin sur le formulaire d'évaluation des soins requis.
- ⁴ Les délais pour l'évaluation des soins requis et la détermination du degré de soins requis sont basés sur les règles des instruments d'évaluation des soins requis.
- ⁵ Les conditions de l'art. 8 OPAS s'appliquent à l'évaluation des soins requis et à la détermination du degré de soins requis.
- ⁶ Il n'est pas possible de facturer simultanément des prestations de soins selon art. 7a, al. 3 OPAS pour les assurés pour lesquels des prestations de soins aigus et de transition ou un séjour hospitalier sont facturés. Font exception les cas selon art. 6, al. 3.

Art. 7.2 Déclaration des soins requis à l'assureur

- ¹ La déclaration des soins requis se fait au moyen du formulaire entièrement complété de l'instrument d'évaluation des soins requis.
- ² Le fournisseur de prestations déclare les soins requis au plus tard avec la première facture à l'assureur HSK.

Si l'assureur ne fait pas opposition dans les 14 jours calendaires à compter de la réception de la déclaration, l'obligation de prise en charge est considérée comme acquise, sous réserve du principe de l'art. 32 LAMal (efficacité, adéquation et économie).

- ³ La déclaration des soins requis comprend les informations suivantes :
- Données personnelles et données d'assurance de l'assuré (nom / prénom / date de naissance / domicile / numéro d'assuré)
 - Début et durée de validité de la prescription médicale
 - N° RCC et GLN du fournisseur de prestations
 - N° RCC et GLN du médecin traitant
 - N° RCC et GLN du médecin prescripteur
 - Motif du traitement : maladie ou accident
 - Assureur
 - Mention d'autres assurances concernées telles qu'AI, AM, AA, etc.
 - Degré de soins requis
 - Besoin de prestations accessoires

Art. 7.3 Modification du degré de soins requis

- 1 En cas de modification du degré de soins requis, une nouvelle évaluation et détermination du degré de soins requis doivent être réalisées.
- 2 Les modifications du degré de soins requis réalisées par le fournisseur de prestations entrent en vigueur le jour de l'achèvement de l'évaluation des soins requis (date dans le système informatique). Dans tous les cas, la modification du degré de soins requis doit être communiquée à l'assureur au plus tard avec la facture suivante, au moyen d'une déclaration du degré de soins requis.
- 3 En cas de retour d'un séjour hospitalier, le nouveau degré de soins requis peut être facturé à partir du jour de retour dans l'EMS. Dans tous les cas, la modification du degré de soins requis doit être communiquée à l'assureur au plus tard avec la facture suivante, au moyen d'une déclaration du degré de soins requis. Des modifications rétroactives du degré de soins requis de la part des fournisseurs de prestations ne sont pas possibles (à l'exception des cas prévus dans les directives des instruments d'évaluation des soins requis).
- 4 En cas de nouvelle évaluation du degré de soins requis lors de contrôles par l'assureur, la modification entre en vigueur comme suit : A) le jour du contrôle, en cas de contrôle chez le fournisseur de prestations, B) le jour où le résultat a été communiqué par l'assureur, en cas de contrôle chez l'assureur. Les demandes de remboursement sont limitées aux cas particuliers dans lesquels l'assureur peut démontrer et justifier des différences pertinentes pour la rémunération, après examen des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.

Art. 7.4 Facturation

- 1 La facturation se fait mensuellement.
- 2 En cas de traitements allant au-delà de la fin d'une année, une facture intermédiaire doit être établie au 31.12. Si un assuré change d'assureur au 30.6, le fournisseur de prestations établit, à la demande de l'assureur, une facture intermédiaire au 30.6, au plus tard pour le 15.8 de la même année.
- 3 Le fournisseur de prestations s'engage à transmettre la facture conformément aux normes et lignes directrices du forum Echange de données, dans le cadre des dispositions légales.
- 4 Si certains fournisseurs de prestations ou assureurs ne procèdent pas à l'échange électronique de données, les formulaires de facturation et autres documents peuvent être transmis sous forme de documents imprimés. On s'efforcera d'utiliser le formulaire de facturation du forum Echange de données.
- 5 La facture comprend les informations suivantes :
 - Date et numéro de la facture
 - Données de l'assuré (nom / prénom / date de naissance)
 - Nom de l'assureur
 - N° RCC et GLN du fournisseur de prestations
 - N° RCC et GLN du médecin traitant
 - Motif du traitement : maladie ou accident
 - Calendrier complet des soins (période et nombre de jours de soins, moins jours de congé et de séjour hospitalier)
 - Catégorie de contribution, montant de la facture pour les prestations selon art. 7 OPAS
 - Calendrier des prestations accessoires
 - Position tarifaire (si disponible)
- 6 La facturation et la transmission à l'assureur des données pertinentes pour la facturation se fait sans frais.

Art. 7.5 Rémunération

- 1 Les parties à la convention conviennent que la rémunération selon art. 7a OPAS est due par l'assureur (système du tiers payant).
- 2 En dérogation à l'alinéa 1, des fournisseurs de prestations peuvent convenir que le débiteur de la rémunération des prestations soit l'assuré (système du tiers garant). Le fournisseur de prestations en informe le patient de manière appropriée. Le choix du système de rémunération se fait lors de l'adhésion à la convention et peut être modifié pour le début d'une année, avec un délai de préavis de 6 mois.
- 3 L'assureur verse au fournisseur de prestations les coûts de ses prestations, sur la base des montants selon OPAS et du degré de soins requis déclaré.
- 4 Seules les factures conformes à la présente convention et la législation seront rémunérées par l'assureur. En présence d'une facture non-conforme, l'assureur invite le fournisseur de prestations à lui remettre une facture conforme à la présente convention et la législation.
- 5 L'assureur verse au fournisseur de prestations le montant dû dans un délai de 30 jours. En cas de facturation électronique, le délai est de 25 jours.
- 6 Le délai commence à courir au moment où l'assureur dispose de tous les documents nécessaires pour le contrôle de la conformité de la facture à la présente convention et à la législation.
- 7 Aucun intérêt de retard n'est dû.
- 8 En cas de contestation justifiée, les délais de paiement selon art. 7.5, al. 4 sont suspendus.
- 9 Les fournisseurs de prestations ne facturent à l'assureur-maladie que les prestations à prendre en charge conformément à la présente convention.

Art. 8 Economicité et assurance qualité, réalisation des contrôles

- 1 Le fournisseur de prestations s'engage à réaliser ses prestations de manière efficace, adéquate et économique, tout en respectant les normes de qualité en vigueur.
- 2 Les assureurs sont légalement tenus de contrôler l'obligation de prise en charge ainsi que l'efficacité, l'adéquation et l'économicité des prestations facturées. La procédure y relative est convenue et décrite de manière détaillée dans l'annexe 4.

Art. 9 Validité des versions linguistiques

La présente convention est rédigée et signée en allemand. Elle est traduite en français et en italien. En cas de divergence, c'est la version allemande qui fait foi.

Art. 10 Début, durée et résiliation de la convention

- 1 La présente convention entre en vigueur le 1.7.2019 pour une durée indéterminée.

- 2 La présente convention peut être résiliée par chaque partie avec un délai de préavis de 12 mois pour la fin d'une année civile, la première fois pour le 31.12.2020
- 3 La présente convention administrative remplace tous les contrats et conventions portant sur le même objet pour les fournisseurs de prestations, les assureurs, les associations et HSK visés par la présente convention, et s'applique avec leur adhésion à celle-ci. Cela concerne également les contrats/convention conclus avec d'éventuelles organisations prédécesseures.

Art. 11 Annexes à la convention

Les annexes ci-après font partie intégrante de la présente convention et ne peuvent être résiliées séparément.

Annexe 1	Assureurs affiliés
Annexe 2	Prestations supplémentaires facturables
Annexe 3	Systèmes d'évaluation des soins requis (longue durée et SJN)
Annexe 4	Accord relatif au contrôle des assureurs maladie
Annexe 5	Procédure d'adhésion

Art. 12 Forme écrite

Toute modification et tout complément à la présente convention et à ses annexes requièrent la forme écrite et doivent être signés valablement par toutes les parties à la convention.

Art. 13 Clause salvatrice

Dans le cas où une ou plusieurs 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.

Art. 14 Droit applicable / instance de conciliation

- 1 Les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations doivent fondamentalement être traités directement par les parties concernées. Les parties à la convention peuvent dans tous les cas demander un entretien pour tirer la situation au clair.
- 2 Le droit suisse est applicable.
- 3 La procédure en cas de litige est basée sur l'art. 89 LAMal.

Art. 15 Dispositions finales

La présente convention est établie et signée en 3 exemplaires. Chaque partie à la convention reçoit un exemplaire de celle-ci.



Pour les **fournisseurs de prestations** :

CURAVIVA Suisse

Berne, le

.....

Dr. Daniel Höchli
Directeur

.....

Dr. Markus Leser
Mitglied der Geschäftsleitung

senesuisse

Berne, le.....

.....

Clovis Défago
Président

.....

Christian Streit
Directeur



Pour la **Communauté d'achat HSK SA** :

Dübendorf, le

.....

Eliane Kreuzer
Directrice

.....

Manuela Schär
Responsable tarifs soins

Annexe 1 – Assureurs affiliés

(Situation au 1.1.2019)

Les assureurs suivants sont affiliés à la présente convention :

A) Helsana Assurances SA

- Progrès assurances SA

B) Sanitas Assurances de base SA

- Compact Assurances de base SA

C) CPT Caisse-maladie SA

Annexe 2 – Prestations supplémentaires facturables

- ¹ En plus des montants prévus à l'art. 7a OPAS, il est possible de facturer des prestations pour lesquelles le fournisseur de prestations dispose d'une autorisation cantonale selon la LAMal/OAMal. La facturation se fait selon les dispositions légales ou tarifaires.
- ² En l'absence de conventions tarifaires divergentes, les prestations mentionnées à l'alinéa 1 pour lesquelles les autorités fédérales compétentes ont établi des listes (liste des spécialités, liste des analyses, LMT, liste des moyens et appareils) doivent être facturées en tant que prestations individuelles.
Les prestations doivent être facturées selon le « Concept de structure tarifaire pour soins médicaux ambulatoires et stationnaires pour EMS, organisations d'aide et de soins à domicile et personnel soignant ». **((A.d.Ü. : Ggfls Franz. Titel übernehmen))**
A l'exemple des médicaments :
 - Date
 - Pharmacode/GTIN
 - Nombre / indication de quantité
 - Prix
- ³ 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 de la part d'un autre fournisseur de prestations mandaté par lui.

Annexe 3 – Systèmes d'évaluation des soins requis

- ¹ Les fournisseurs de prestations sont libres d'utiliser l'instrument d'évaluation des soins requis de leur choix, dans le respect des exigences cantonales.
- ² Les instruments d'évaluation des soins requis avec les divers modules de facturation des systèmes suivants peuvent être utilisés par les EMS et les structures de jour et de nuit :
 - PLAISIR
 - RAI/RUG
 - BESA
- ³ En l'absence de dispositions divergentes à la présente convention ou à la législation, les précisions des fournisseurs de systèmes contenues dans des manuels, des guides, des décisions de la CT PLAISIR, etc. sont déterminantes pour l'utilisation des modules de facturation.
- ⁴ Un changement de système peut toujours avoir lieu pour le début d'un mois. Il doit être communiqué par écrit aux parties à la convention au moins 30 jours avant le changement.
- ⁵ D'autres systèmes que ceux mentionnés dans l'alinéa 2 ci-dessus requièrent l'approbation des parties à la convention.

Annexe 4 – Accord relatif aux contrôles des assureurs maladie

- ¹ Les contrôles sont effectués de préférence chez le fournisseur de prestations concerné (annexe 4.1). Sur demande écrite motivée, le contrôle peut être effectué, exceptionnellement, chez l'assureur, sur la base de documents imprimés (annexe 4.2).
- ² Tous les justificatifs nécessaires pour l'évaluation du degré de soins requis constituent la base pour le contrôle technique du degré de soins requis.

Sur demande, tous les documents pertinents pour le contrôle et l'évaluation du degré de soins requis du dossier sollicité sont remis ou présentés, pour consultation, à la personne de l'assureur chargée du contrôle. Les documents ci-après peuvent être utiles pour le contrôle, cette liste ayant toutefois valeur d'exemple et n'étant pas exhaustive :

Documents de base de l'évaluation, p. ex. :

- Protocole des prestations saisies (BESA)
- MDS et résumé de l'évaluation (RAI)
- profil bio-psycho-social (y c. 2^{ème} page) (Plaisir)

Documents concernant les soins, p. ex. :

- Prescription médicale
- Planification standardisée et/ou individuelle des soins
- Rapport des soins / du déroulement
- Feuille des médicaments / de l'ordonnance
- Plan de traitement
- Protocole de traitement des plaies
- Programme d'exercices

- ³ Les personnes des assureurs chargées du contrôle sont des infirmiers/ères diplômés, connaissent le système d'évaluation du degré de soins requis et sont spécifiquement formés à celui-ci.
- ⁴ Si le contrôle fournit un résultat ayant une influence sur la rémunération, le fournisseur de prestations en est immédiatement informé. La personne responsable des soins auprès du fournisseur de prestations peut remettre une prise de position concernant la décision de la personne chargée du contrôle auprès de l'assureur. En cas de désaccord, le fournisseur de prestations et l'assureur peuvent, chacun, faire appel à un spécialiste – en plus des spécialistes des deux parties déjà impliqués.

Une solution est généralement trouvée dans les 4 semaines à compter de la date du contrôle.

Les modifications du degré de soins requis acceptées par les deux parties entrent en vigueur à la date du contrôle.

4.1 Contrôle chez le fournisseur de prestations

- ¹ L'assureur convient avec le fournisseur de prestations une date dans le courant des 30 prochains jours calendaires. Cette date est confirmée par écrit au fournisseur de prestations avant le contrôle, avec

l'indication du nom des assurés faisant l'objet du contrôle ainsi que du nom de la personne chargée du contrôle.

- ² Le fournisseur de prestations met un/e infirmier/ère compétente à disposition. Le degré de soins requis est contrôlé quant à sa plausibilité sur la base des documents mis à disposition et des renseignements fournis par la personne responsable des soins.
- ³ La personne chargée du contrôle tient compte, pour sa décision, de tous les documents mis à sa disposition, des renseignements fournis par le personnel soignant ainsi que, si nécessaire, de ses propres observations auprès de la personne assurée. La base pour la décision définitive est constituée par les documents disponibles au moment du contrôle. Des documents remis ultérieurement ne seront pas pris en compte. La personne chargée du contrôle peut, si nécessaire, procéder ou faire procéder à sa propre évaluation du degré de soins requis. La personne responsable des soins a la possibilité de prendre position sur la décision de la personne chargée du contrôle.

4.2 Contrôle des documents remis à l'assureur par le fournisseur de prestations

Si l'assureur demande que les documents nécessaires au contrôle lui soient remis, il le justifie brièvement. Le fournisseur de prestations remet tous les documents pertinents pour l'évaluation du degré de soins requis. La personne chargée du contrôle tient compte, pour sa décision, de tous les documents mis à sa disposition. La base pour la décision définitive est constituée par les documents disponibles au moment du contrôle. La personne responsable des soins a la possibilité de prendre position sur la décision de la personne chargée du contrôle.

Annexe 5 Procédure d'adhésion

Adhésion selon art. 3

1.1 Délai pour l'adhésion à la présente convention

Les déclarations d'adhésion confirmées par les associations (cantonales) jusqu'au 30.9.2019 entrent en vigueur rétroactivement au 1.7.2019.

La liste des adhérents est remise (ouverte) à intervalles réguliers à HSK à l'adresse de courriel mentionnée et comprend les informations suivantes :

- Nom de l'EMS
- Adresse
- NPA / localité / canton
- Autres sites
- N° GLN
- N° RCC
- Membre de CURAVIVA CH et/ou de senesuisse
- Instrument d'évaluation des soins requis
- Mode de facturation
- Adhésion le xx.xx.xxxx / mutation le xx.xx.xxxx / résiliation le xx.xx.xxxx

1.2 Délai pour les nouveaux adhérents

Après le 30.9.2018, les déclarations d'adhésion reçues par l'association jusqu'au 20 du mois entrent en vigueur le 1^{er} du mois suivant.

Un délai de 10-14 jours pour l'introduction dans le système est accordé aux assureurs.

1.3 Déclarations de résiliation et de mutation

Les associations cantonales informent HSK par courriel de toute déclaration de résiliation ou de mutation.