



Convention administrative AOS

Convention n°: IP-203.060

(valable à partir du: 01.04.2021)

entre

Association suisse des infirmières et infirmiers SBK-ASI

Choisystrasse 1
3001 Berne

ci-après «**ASI**»

et

CSS Assurance-maladie SA

Tribschenstrasse 21
6005 Lucerne

y compris les assureurs LAMal du Groupe CSS suivants:

INTRAS Assurance-maladie SA, Avenue de Valmont 41, 1000 Lausanne 10

Arcosana SA, Tribschenstrasse 21, 6005 Lucerne

Sanagate SA, Tribschenstrasse 21, 6005 Lucerne

ci-après «**CSS**»

appelés collectivement «**parties contractantes**»

relative à la

la rémunération des prestations de l'assurance-maladie selon la LAMal fournies dans le cadre des soins ambulatoires dispensés par des infirmières et des infirmiers

(Toutes les désignations de personnes sont valables pour les deux genres.)

Sommaire

1. Parties contractantes.....	3
2. Affiliation à la convention	3
3. Adhésion à la convention et retrait de celle-ci par les fournisseurs de prestations 3	
4. Champ d'application et étendue des prestations	3
5. Obligations du fournisseur de prestations et de l'assureur.....	4
6. Conditions du remboursement.....	4
7. Prescription médicale, évaluation, déclaration et modification des soins requis ..	4
8. Prise en charge, y compris des moyens et appareils.....	6
9. Facturation et modalités de paiement	7
10. Echange électronique de données.....	8
11. Economicité et garantie de la qualité, contrôles	8
12. Validité des versions linguistiques	8
13. Entrée en vigueur, durée et résiliation de la convention.....	8
15. Annexes à la convention	8
15. Réserve de la forme écrite.....	9
16. Clause de sauvegarde	9
17. Droit applicable et instance de conciliation.....	9
18. Dispositions finales.....	9
19. Dispositions transitoires	9
Annexe 1 – Liste des assureurs affiliés.....	11
Annexe 2 – Formulaire de déclaration du besoin en soins requis et annexes.....	12
Annexe 3 – Accord relatif aux contrôles effectués par l'assureur.....	15
Annexe 5 – Remboursement des moyens et appareils	17

1. Parties contractantes

Sont parties à la présente convention administrative l'Association suisse des infirmières et infirmiers SBK-ASI, ci-après "l'ASI", ainsi que la CSS Assurance-maladie SA et le Groupe CSS, respectivement les assureurs LAMal figurant à l'annexe 1, ci-après "CSS".

2. Affiliation à la convention

- 2.1 La présente convention déploie ses effets pour la CSS respectivement pour tous les assureurs figurant à l'annexe 1.
- 2.2 La CSS est autorisée à procéder à tout acte en relation avec la présente convention au nom et pour le compte de ces assureurs.

3. Adhésion à la convention et retrait de celle-ci par les fournisseurs de prestations

- 3.1 Tout fournisseur de prestations remplissant les conditions de l'art. 49 OAMal et en possession d'une autorisation de pratique cantonale peut adhérer à la présente convention.
- 3.2 Les fournisseurs de prestations peuvent adhérer à la présente convention au moyen d'une déclaration écrite à l'adresse de l'ASI. L'adhésion à la convention est gratuite pour les membres de l'ASI.
- 3.3 Les fournisseurs de prestations qui ne sont pas membres de l'ASI peuvent également adhérer à la convention. L'ASI règle les modalités et conditions (taxe d'adhésion etc.).
- 3.4 Les fournisseurs de prestations qui adhèrent à la présente convention en acceptent sans réserve toutes les dispositions y compris ses annexes.
- 3.5 L'ASI communique à la CSS la liste des adhésions par courrier électronique à l'adresse tarifvertraege@css.ch. Elle informe la CSS de toutes les modifications. L'art. 19 (disposition transitoire) de la présente convention est applicable à tous les fournisseurs de prestations ayant adhéré à la convention administrative précédente (No. 31.500.0001S) avec tarifsuisse jusqu'au 31 mars 2021.
- 3.6 Chaque fournisseur de prestations a le droit de sortir de la présente convention en respectant un préavis de six mois, au 30 juin ou au 31 décembre de chaque année, au plus tôt au 31.12.2021. La résiliation doit être communiquée par écrit à l'ASI. Celle-ci informe la CSS trimestriellement et par écrit de toutes les résiliations.

4. Champ d'application et étendue des prestations

- 4.1 La présente convention règle les modalités administratives en lien avec les prestations de soins infirmiers ambulatoires au sens des art. 25a LAMal, 49 OAMal et 7 ss. OPAS. Les prestations de soins infirmiers qui ne sont pas soumises à l'art. 7 OPAS (par ex. conseils en cas d'allaitement) font l'objet de conventions distinctes.
- 4.2 Elle s'applique aux assurés au bénéfice d'une assurance-maladie obligatoire (AOS) auprès de l'un des assureurs mentionnés à l'annexe 1.
- 4.3 La LAMal ainsi que la présente convention distinguent entre soins infirmiers ambulatoires fournis par des infirmières ou infirmiers au domicile de leurs patientes ou patients ou dans leurs propres locaux (cabinet) et soins infirmiers ambulatoires prodigués dans une structure de soins de jour ou de nuit. La présente convention vaut pour les deux formes précitées.
- 4.4 Le remboursement des soins infirmiers ambulatoires fournis au domicile des patients ou dans les propres locaux (le cabinet) de l'infirmière ou de l'infirmier s'effectue sur la base de l'art. 7a al. 1 OPAS.
- 4.5 On entend par soins infirmiers ambulatoires en structures de jour ou de nuit des structures de soins telles que le foyer de jour, le centro diurno, les CAT, UAT-VD et autres services comparables. La patiente ou le patient vit à la maison et rentre à la maison. En 24 heures, il peut être fait recours aux services d'une structure de soins de jour ou de nuit. Le cumul n'est pas possible. Le remboursement s'effectue sur la base de l'art. 7 al. 4 OPAS.

- 4.6 L'assureur n'est tenu au remboursement qu'à condition que et dans la mesure où d'autres assureurs ne sont pas tenus de prendre en charge les frais en question conformément à la LAA, la LAI ou la LAM, sous réserve de la prise en charge provisoire au sens de l'art. 70 LPGa.

5. Obligations du fournisseur de prestations et de l'assureur

- 5.1 Toute correspondance entre fournisseurs de prestations et assureurs doit indiquer:
- Données de la personne assurée : nom, prénom, adresse, date de naissance, sexe, numéro d'assuré et/ou numéro d'assurance sociale
 - Désignation de l'assureur
 - Données du fournisseur de prestations : numéro RCC / GLN
- 5.2 Dans le cadre de l'échange électronique de données, il est possible de définir quelles informations supplémentaires doivent être fournies, pour autant que celles-ci répondent aux exigences légales.
- 5.3 Le fournisseur de prestations est tenu d'informer ses patients préalablement de l'étendue des prestations d'assurance obligatoire des soins ainsi qu'en particulier des coûts non pris en charge par celle-ci.
- 5.3 Le fournisseur de prestations s'engage à respecter la protection tarifaire au sens de l'art. 44 LAMal.

6. Conditions du remboursement

- 6.1 Conformément à l'art. 7a al. 1 et 2, à l'art. 8 et à l'art. 8a OPAS, les assureurs prennent en charge les coûts des prestations de soins infirmiers ambulatoires effectivement fournies sur la base d'une évaluation des soins requis, sur prescription ou mandat médical par des infirmières ou infirmiers remplissant les conditions stipulées à l'art. 49 OAMal.
- 6.2 Sont prises en charge les prestations selon l'art. 7 OPAS pour autant qu'elles soient prodiguées personnellement à domicile, dans les propres locaux (le cabinet) de l'infirmière ou de l'infirmier ou dans une structure de jour ou de nuit et que le fournisseur de prestations soit en possession d'une autorisation cantonale valable pour le lieu où les prestations sont fournies.
- 6.3 Un numéro de RCC distinct est requis pour les structures de soins de jour ou de nuit et les conditions suivantes s'appliquent, pour autant qu'elles soient requises par la loi ou par les autorités :
- a. une autorisation pour structures de soins de jour ou de nuit ;
 - b. un mandat de prestations.

7. Prescription médicale, évaluation, déclaration et modification des soins requis

- 7.1 Prescription médicale et évaluation des soins requis
- 7.1.1 Le droit aux prestations de soins infirmiers doit être validé par une prescription ou un mandat médical signé et les soins requis doivent faire l'objet d'une évaluation au sens des art. 8 et 8a OPAS. Les fournisseurs de prestations sont libres dans le choix de l'instrument standardisé d'évaluation des soins requis.
 - 7.1.2 La responsabilité pour la saisie de l'évaluation des soins requis est assumée par des infirmières ou infirmiers formés en la matière.
 - 7.1.3 L'évaluation écrite des soins requis comporte une appréciation de l'état général du patient ainsi que l'évaluation de son environnement et des soins et de l'aide dont il a besoin (cf. art. 8a OPAS).
 - 7.1.4 L'évaluation des besoins s'effectue en présence du patient au début des prestations et doit être achevée au plus tard 14 jours calendaires après le début de l'intervention.
 - 7.1.5 Si plusieurs fournisseurs de prestations interviennent auprès du même patient, ils doivent coordonner leurs prestations et se concerter sur l'utilisation du budget-temps.

- 7.1.6 Le fournisseur de prestations qui se fait remplacer régulièrement par d'autres fournisseurs de prestations doit faire figurer leur nom et leur numéro RCC sur le formulaire de déclaration des besoins. Toute modification doit être annoncée à l'assureur au moyen d'une copie corrigée du formulaire actuel de déclaration des besoins requis, mentionnant le nom et le numéro RCC de la nouvelle remplaçante.
- 7.1.7 Une nouvelle évaluation et déclaration complète des soins requis doit être transmise à l'assureur à chaque transfert de dossier. Celle-ci doit faire état de l'infirmière référente et de toutes ses remplaçantes.
- 7.2 Déclaration des soins requis à l'assureur
- 7.2.1 La déclaration des soins requis fait état des besoins probables en soins. Conformément à l'art. 8a al. 4 OPAS, l'infirmière référente y indique le temps nécessaire des prestations prévues. La facturation porte sur les prestations effectivement fournies, en tenant compte du ch. 7.3 ci-dessous.
- 7.2.2 Le résultat de l'évaluation des soins requis doit être consigné sur le formulaire de déclaration des besoins au sens de la présente disposition et des annexes 2a et 2b.
- Les soins infirmiers ambulatoire requis au sens du ch. 4.4 de la présente convention sont à consigner sur le formulaire de déclaration figurant à l'annexe 2a.
 - Les prestations fournies en structure de soins de jour ou de nuit au sens du ch. 4.5 de la présente convention sont à consigner sur le formulaire de déclaration figurant à l'annexe 2b.
- 7.2.3 Une fois rempli de façon complète, le formulaire de déclaration des besoins signé par l'infirmière référente doit être envoyé à l'assureur dès que le médecin en aura pris connaissance (pour les prestations selon l'art 7 al. 2 let. a et c OPAS) ou qu'il l'aura expressément validé (pour les prestations selon l'art. 7. al. 2 let. b OPAS), au plus tard avec la première facture. L'assureur ne remboursera aucune prestation en l'absence d'une déclaration des besoins valable. Les ordonnances à effet rétroactif ne sont pas admises.
- 7.2.4 La déclaration des besoins peut également être envoyée à l'assureur par voie électronique selon les directives du « Forum Datenaustausch ». Le fournisseur de prestations est responsable de présenter à l'assureur la déclaration des besoins signée par le médecin, lorsque cela est requis.
- 7.2.5 Les contrôles des assureurs sont réglés à l'annexe 3.
- 7.2.6 La déclaration des besoins comporte les indications suivantes :
- Coordonnées de l'assuré (nom, prénom, date de naissance, lieu de domicile, numéro d'assuré et/ou numéro d'assurance sociale)
 - Motif du traitement : maladie, accident ou maternité
 - Raison sociale de l'assureur
 - Numéro RCC et numéro GLN du fournisseur de prestations (l'indication du numéro GLN n'est obligatoire qu'en cas de déclaration électronique ; sinon, selon disponibilité)
 - Numéro RCC et numéro GLN de toutes les autres infirmières impliquées (l'indication du numéro GLN n'est obligatoire qu'en cas de déclaration électronique ; sinon, selon disponibilité)
 - Numéro RCC et numéro GLN du médecin prescripteur (l'indication du numéro GLN n'est obligatoire qu'en cas de déclaration électronique ; sinon, selon disponibilité)
 - Degré d'impuissance (allocation pour impuissance faible/moyenne/grave), si celui-ci est connu
 - Durée de validité de l'ordonnance médicale (du ... au ...)
 - Besoin probable de produits figurant sur la LiMA, y compris le numéro (à deux chiffres) des groupes de produits facturés par l'infirmières ou l'infirmier.

En outre, en cas de prestations de soins infirmiers selon chiffre 4.4 de la présente convention (à titre d'exemple cf. annexe 2a) :

- j. Nombre de minutes prévues par mois et par type de prestation selon l'art. 7, al. 2, let. a à c, OPAS et le total pour la durée de validité de l'ordonnance. Les directives du « Forum Datenaustausch » s'appliquent en cas de transmission électronique.
- k. Liste des prestations selon l'art. 7 al. 2 OPAS, avec indication du nombre probable d'interventions par catégorie par jour, semaine, mois ou trimestre.

En outre, en cas de prestations fournies dans des structures de soins de jour ou de nuit selon chiffre 4.5 de la présente convention (à titre d'exemple cf. annexe 2b) :

- l. Evaluation de l'autonomie
- m. Nombre probable d'interventions et temps requis en minutes par jour, avec indication de la catégorie de rémunération correspondante conformément à l'art. 7a, al. 3, OPAS.

7.3 Modification des soins requis

- 7.3.1 Si le besoin en soins requis change durablement, une nouvelle évaluation sera effectuée.
- 7.3.2 Si le besoin en soins requis change passagèrement au cours d'une prise en charge pour une durée de plusieurs jours et qu'il dépasse sensiblement le nombre de minutes prescrites, le changement doit être annoncé par écrit à l'assureur.

8. Prise en charge, y compris des moyens et appareils

8.1 Il s'ensuit de la nature personnelle du numéro RCC :

- que chaque infirmière impliquée dans les soins doit être reconnue et donc disposer de son propre numéro RCC ;
- qu'une infirmière ne facturera que des prestations qu'elle aura fournies personnellement.

8.2 Conformément à l'art. 7a OPAS, les assureurs prennent en charge une contribution aux coûts des prestations d'évaluation, de conseils, de coordination, d'exams, de traitements et de soins de base.

8.3 Le fournisseur de prestations facture la contribution correspondant aux soins effectivement fournis conformément à l'art. 7a OPAS. La facture ne peut pas être établie à l'avance.

8.4 Avec le versement des montants

- a) selon l'art. 7a al. 1 et 2 OPAS, toutes les interventions infirmières selon l'art. 7 al. 2 OPAS prodiguées par les fournisseurs de prestations visés au chiffre 4.4 de la présente convention sont réputées intégralement remboursées.
- b) selon l'art. 7a al. 3 OPAS, toutes les interventions infirmières selon l'art. 7 al. 2 OPAS prodiguées en structures de soins de jour ou de nuit au sens de l'art. 7a al. 4 OPAS et du chiffre 4.5 de la présente convention sont réputés intégralement remboursés.

8.5 Le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de prestations au sens de l'art. 7 OPAS pendant la durée du séjour du patient dans un hôpital ou un établissement médico-social (y compris des soins aigus et de transition stationnaires). Cette règle ne s'applique ni aux jours d'entrée et de sortie, ni aux évaluations des soins requis et aux prestations de coordination qui s'imposent durant une hospitalisation en vue d'un déroulement optimal de la prise en charge. Par ailleurs, le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de prestations de soins ambulatoires de longue durée au sens de l'art. 7 OPAS pendant que le patient reçoit des prestations ambulatoires dans le domaine des soins aigus et de transition (SAT). Exceptionnellement, le fournisseur de prestations et l'assureur peuvent convenir d'une facturation simultanée de prestations de soins infirmiers ambulatoires au sens de l'art. 7 OPAS et de SAT.

8.6 Les moyens et appareils selon l'annexe 2 de l'OPAS que les fournisseurs de prestations sont habilités à dispenser et à facturer sur la base des dispositions légales applicables et sur ordonnance médicale sont énumérés à l'annexe 4.

8.7 Des prestations dont il n'est pas fait mention dans le cadre de la présente convention ne sauront être facturées à charge de l'assurance obligatoire des soins (par ex. médicaments etc.).

9. Facturation et modalités de paiement

9.1 Facturation

- 9.1.1 La facturation s'effectue mensuellement.
- 9.1.2 Une facturation intermédiaire doit être effectuée dans les prises en charge qui perdurent au-delà du 31 décembre. Lorsqu'un assuré change d'assureur au 30 juin, le fournisseur de prestations, sur demande de l'assureur sortant, procèdera jusqu'au 15 août de la même année à une facturation des prestations fournies jusqu'au 30 juin.
- 9.1.3 Dans le cadre des dispositions légales applicables, le fournisseur de prestations s'engage à transmettre ses factures conformément aux standards et directives du « Forum Datenaustausch ».
- 9.1.4 Les factures contenant les indications énumérées au ch. 9.1.5 ci-dessous et autres documents peuvent être transmises sous forme papier lorsque le fournisseur de prestations ne procède pas à l'échange de données sous forme électronique.
- 9.1.5 La facture contient les données suivantes :
 - a. Date et numéro de facture
 - b. Coordonnées de l'assuré (nom, prénom, date de naissance, lieu de domicile, numéro d'assuré et/ou numéro d'assurance sociale)
 - c. Motif du traitement (maladie, accident ou maternité)
 - d. Raison sociale de l'assureur
 - e. Numéro RCC et numéro GLN du fournisseur de prestations (l'indication du numéro GLN n'est obligatoire qu'en cas de facturation électronique ; sinon, selon disponibilité)
 - f. Numéro RCC et numéro GLN du médecin prescripteur (l'indication du numéro GLN n'est obligatoire qu'en cas de facturation électronique ; sinon, selon disponibilité)
 - g. Degré d'impotence (allocation pour impotence faible/moyenne/grave), si celui-ci est connu
 - h. Durée de validité de l'ordonnance médicale (ou des ordonnances médicales) relatives à la période de facturation
 - i. Pour les moyens et appareils : code tarifaire, numéro complet de position LIMA et quantité (les détails ressortent de l'annexe 4)

Pour les prestations prodiguées à domicile ou dans les propres locaux (le cabinet) de l'infirmière au sens du chiffre 4.4 de la présente convention:

- j. Le nombre de minutes (en chiffres décimaux), par catégorie de prestations au sens de l'art. 7 al. 2 let. a à c OPAS, calendrier à l'appui.

Pour les prestations prodiguées en structures de soins de jour ou de nuit au sens du ch. 4.5 de la présente convention:

- k. Calendrier assorti de la catégorie tarifaire applicable conformément aux art. 7a al. 3 et 4 OPAS.

9.2 Modalités de paiement

- 9.2.1 Les parties contractantes stipulent que la rémunération au sens de l'art. 7a OPAS est due par l'assureur (système du tiers payant).
- 9.2.2 En dérogation au chiffre 9.2.1 de la présente convention, chaque fournisseur de prestations peut opter pour le système du tiers garant, selon lequel ses prestations seront facturées directement à tous les assurés de la CSS. Il en informe l'assuré en temps utile avant de fournir ses prestations. Le choix de système doit s'opérer lors de l'adhésion à la présente convention et peut être révisé au début de chaque année civile en respectant un préavis de six mois. Il n'est pas permis de limiter le changement de système à certains patients seulement.
- 9.2.3 L'assureur rembourse les coûts des prestations fournies sur la base des contributions fixées par l'OPAS et de la déclaration des soins requis.

- 9.2.4 L'assureur ne règle que les factures conformes à la loi et à la convention. Le cas échéant, il somme le fournisseur de prestations de conformer sa facturation aux dispositions légales et conventionnelles.
- 9.2.5 L'assureur procède au paiement dans un délai de 30 jours. En cas de facturation électronique, ce délai comporte 25 jours.
- 9.2.6 Le délai commence dès que l'assureur dispose de toutes les pièces dont il a besoin pour vérifier si la facturation répond aux exigences légales et conventionnelles.
- 9.2.7 Les délais de paiement prévus au ch. 9.2.5 sont interrompus en cas de contestation motivée de la facturation. L'assureur est tenu de rembourser la partie non contestée.
- 9.2.8 Les fournisseurs de prestations ne facturent aux assureurs que les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins conformément à la présente convention. Conformément à l'art. 59 al. 2 OAMal, les prestations non couvertes par l'assurance obligatoire des soins doivent être facturées séparément.

10. Echange électronique de données

- 10.1 Les parties contractantes souhaitent, dans le respect de la Loi sur la protection des données, réaliser l'échange électronique de données entre fournisseurs de prestations et assureurs.
- 10.2 Les parties contractantes visent à mettre en place la facturation électronique au moyen du formulaire du « Forum Datenaustausch » au 31.12.2022 au plus tard.

11. Economicité et garantie de la qualité, contrôles

- 11.1 Les fournisseurs de prestations s'engagent à fournir des prestations adéquates, efficaces et économiques, dans le respect des standards de qualité en vigueur.
- 11.2 Les assureurs ont l'obligation légale de vérifier si les prestations sont à charge de l'assurance obligatoire des soins et si elles sont conformes aux principes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Les modalités en sont stipulées et réglées en détail à l'annexe 3.
- 11.3 Les conditions du développement de la qualité valables sur l'ensemble du territoire suisse font l'objet d'une convention distincte (Contrat qualité) à conclure entre l'ASI et l'association faîtière des assureurs (Curafutura).

12. Validité des versions linguistiques

Les parties contractantes ont élaboré et signé la version allemande de la présente convention. Celle-ci sera traduite en français et en italien. En cas de doute, la version allemande fait définitivement foi.

13. Entrée en vigueur, durée et résiliation de la convention

- 13.1 La présente convention entre en vigueur le 1^{er} avril 2021 pour une durée indéterminée.
- 13.2 Elle peut être résiliée par chacune des parties contractantes au 31 décembre de chaque année civile, au 31 décembre 2022 au plus tôt, en observant un préavis de 6 mois.
- 13.3 La présente convention administrative remplace toutes les conventions et tous les contrats réglementant les mêmes objets pour les fournisseurs de prestations, assureurs et associations soumis à cette convention. Pour la CSS, elle remplace ainsi la convention administrative conclue entre l'ASI et les assureurs affiliés à tarifsuisse entrée en vigueur le 1^{er} avril 2011 (Convention no. 31.500.0001S).

15. Annexes à la convention

Les annexes suivantes font partie intégrante de la convention et ne peuvent être résiliées séparément.

Annexe 1: Liste des assureurs affiliés à la convention

Annexe 2: Formulaire de déclaration des besoins en soins requis et annexes

Annexe 3: Accord relatif aux contrôles effectués par l'assureur

Annexe 5: Remboursement des moyens et appareils

15. Réserve de la forme écrite

Toute modification ou tout complément apportés à la présente convention ou à ses annexes requiert la forme écrite et doit être valablement signé par les parties contractantes.

16. Clause de sauvegarde

Si les circonstances à l'origine de la présente convention évoluent ou si l'une ou l'autre disposition de la présente convention est ou devient totalement ou partiellement caduque, la validité des autres dispositions n'est pas touchée. Dans un tel cas, les parties sont tenues d'adapter la convention aux circonstances ou de remplacer la disposition totalement ou partiellement caduque par une autre disposition afin de pouvoir atteindre le but visé par la convention de manière conforme à la loi.

17. Droit applicable et instance de conciliation

17.1 Par principe, les différends entre assureurs et fournisseurs de prestations doivent être réglés directement par les parties concernées. Avant de recourir à un arbitrage selon l'art. 89 LAMal, les deux parties peuvent d'un commun accord procéder à une tentative de conciliation avec la participation de l'assureur concerné et de l'ASI..

17.2 Dans les cas de grande portée ou en présence d'une multiplication de problématiques comparables, les parties contractantes peuvent être sollicitées.

17.3 Le droit applicable est le droit suisse.

17.4 La procédure en cas de litige se fonde sur l'art. 89 LAMal.

18. Dispositions finales

La présente convention est établie et signée en deux exemplaires. Chaque partie contractante en obtient un exemplaire.

19. Dispositions transitoires

La présente convention déploie ses pleins effets pour tous les fournisseurs de prestations qui ont adhéré à la convention administrative précédente avec tarifsuisse (Convention no. 31.500.0001S). Les fournisseurs de prestations qui s'y opposent doivent communiquer leur sortie par écrit à l'ASI dans les 90 jours à dater de la signature de cette nouvelle convention.

Berne, le

Association suisse des infirmières et infirmiers SBK-ASI

.....
Sophie Ley
Présidente

.....
Yvonne Ribl
Directrice

Lucerne, le

CSS Assurance-maladie SA,
(et les assureurs LAMal du Groupe CSS selon page de garde)

.....
Sanjay Singh
Chef de la division Prestations & Produits

Membre de la direction générale du Groupe

.....
Luca Emmanuele
Chef du service Gestion des achats
Prestations
Membre de la direction

La version allemande fait foi

Annexe 1 – Liste des assureurs affiliés

Les assureurs suivants sont affiliés à la présente convention :

CSS Assurance-maladie SA

Tribschenstrasse 21
6005 Luzern

Y compris les assureurs LAMal suivants du groupe CSS:

INTRAS Assurance-maladie SA, Avenue de Valmont 41, 1000 Lausanne 10

Arcosana SA, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern

Sanagate SA, Tribschenstrasse 21, 6005 Luzern

La version allemande fait foi

Annexe 2 – Formulaire de déclaration du besoin en soins requis et annexes

Vous accédez à un exemplaire actuel de ces formulaires en cliquant sur le lien suivant :

<https://www.sbk.ch/fr/prestations/infirmieres-et-infirmiers-independants/formulaires-et-documents>

Annexe 2a: Exemple : Formulaire de déclaration des besoins requis pour prestations ambulatoires y compris liste des prestations selon l'art. 7 al. 2 OPAS

									
Prescription médicale pour soins à domicile									
Coordonnées client/e					Nom et adresse de l'assurance				
Nom					att. médecin-conseil Diagnostic:				
Prénom									
Rue									
NPA/Lieu									
Date de naissance									
Téléphone privé									
Employeur									
NPA/Lieu									
Téléphone professionnel									
Assureur									
No ass./accident									
<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Infirmité congénitale <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Allocation pour impotent									
Prescription médicale <input type="checkbox"/> Prescription initiale <input type="checkbox"/> Réévaluation					(à remplir par le médecin pour des mesures médico-délégués uniquement, p.ex. injections, médicaments)				
Durée du:					au:				
Soins infirmiers (à remplir par l'infirmière)									
Prest. selon OPAS 7 / pos. tarifaire	Prestations				Fréquence			Durée en minutes par trimestre	
Total a) 53201									
Total b) 53202									
Total c) 53203									
Total									
Médecin (timbre) no RCC :					Infirmière no RCC :				
					Nom/RCC des autres prestataires sur cette prescription :				
Date:					Date:				
Signature médecin:					Signature infirmière/infirmier :				

Cocher lorsqu'une prestation est prévue	OPAS art. 7 al. 2	Description détaillée de la prestation (selon article 7, al. 2 OPAS)	Nombre: combien de fois la prestation doit-elle être assurée	Fréquence : Unité de la prestation prévue
	let. a ch. 1	Evaluation des besoins du patient et de l'environnement de ce dernier; planification, en collaboration avec le médecin et le patient, des mesures nécessaires,		
	let. a ch. 2	conseils au patient ainsi que, le cas échéant, aux intervenants non professionnels pour les soins, en particulier quant à la manière de gérer les symptômes de la maladie, pour l'administration des médicaments ou pour l'utilisation d'appareils médicaux; contrôles nécessaires;		
	let. a ch. 3	coordination des mesures et dispositions par des infirmières et infirmiers spécialisés en lien avec des complications dans des situations de soins complexes et instables		
	let. b ch. 1	contrôle des signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, respiration, poids),		
	let. b ch. 2	test simple du glucose dans le sang ou l'urine,		
	let. b ch. 3	prélèvement pour examen de laboratoire,		
	let. b ch. 4	mesures thérapeutiques pour la respiration (telles que l'administration d'oxygène, les inhalations, les exercices respiratoires simples, l'aspiration),		
	let. b ch. 5	pose de sondes et de cathéters, ainsi que les soins qui y sont liés,		
	let. b ch. 6	soins en cas d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale,		
	let. b ch. 7	préparation et administration de médicaments ainsi que documentation des activités qui leur sont associées,		
	let. b ch. 8	administration entérale ou parentérale de solutions nutritives,		
	let. b ch. 9	surveillance de perfusions, de transfusions ou d'appareils servant au contrôle et au maintien des fonctions vitales ou au traitement médical,		
	let. b ch. 10	rinçage, nettoyage et pansement de plaies (y compris les escarres et les ulcères) et de cavités du corps (y compris les soins pour trachéo-stomisés et stomisés), soins pédicures pour les diabétiques,		
	let. b ch. 11	soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale, y compris la rééducation en cas d'incontinence		
	let. b ch. 12	assistance pour des bains médicaux partiels ou complets, application d'enveloppements, cataplasmes et fangos		
	let. b ch. 13	soins destinés à la mise en oeuvre au quotidien de la thérapie du médecin, tels que l'exercice de stratégies permettant de gérer la maladie et l'instruction pour la gestion des agressions, des angoisses et des idées paranoïaques,		
	let. b ch. 14	soutien apporté aux malades psychiques dans des situations de crise, en particulier pour éviter les situations aiguës de mise en danger de soi-même ou d'autrui;		
	let. c ch. 1	soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que: bander les jambes du patient, lui mettre des bas de compression, refaire son lit, l'installer, lui faire faire des exercices, le mobiliser, prévenir les escarres, prévenir et soigner les lésions de la peau consécutives à un traitement; aider aux soins d'hygiène corporelle et de la bouche; aider le patient à s'habiller et à se dévêtir, ainsi qu'à s'alimenter		
	let. c ch. 2	mesures destinées à surveiller et à soutenir les malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie, telles que la planification et la structuration de leurs journées de manière appropriée, l'établissement et la promotion des contacts sociaux par un entraînement ciblé et le soutien lors de l'utilisation d'aides à l'orientation et du recours à des mesures de sécurité.		

Annexe 2b: Exemple : Formulaire de déclaration des besoins requis pour structures de soins de jour ou de nuit selon l'art. 4 al. 5 de la présente convention

Formulaire provisoire – Version 1

Mandat médical / Déclaration des besoins pour centres de jour ou de nuit

Nom Assureur-maladie

Prénom N° d'assuré.....

Rue

NPA/Lieu..... en cas de prestations selon LAA:

Date de naissance Assureur-accident

Sexe féminin masculin

Motif de la prise en charge: maladie invalidité accident

Allocation pour impotents: néant léger moyen grave pas d'informations

Valable pour (art. 8 OPAS): 3 mois 6 mois de à

Autres fournisseurs de prestation oui non pas d'informations

Si oui, nom et N° RCC

	Autonomie				Observations			
	-	-	+	++				
Comprendre et s'exprimer								
Trouver ses repères								
Capacité de participation / compliance / observance								
					Soins administrés une fois	plusieurs fois	Total en minutes par jour	Observations
Se déplacer / mobilité								
S'alimenter et boire								
Faire sa toilette et s'habiller								
Evacuation de l'urine et des selles								
Soins thérapeutiques selon art. 7, al. 2, let. b OPAS								
Autres prestations (les décrire):								
Total en minutes								
Niveau selon art. 7a, al. 3 OPAS								

Prise en charge par le centre de jour / de nuit	par semaine	par mois
Durée par séjour de à heures		
Durée par jour de séjour de à heures		

Remarques:

Nom de l'organisation: Médecin:

Numéro RCC: Numéro RCC:

Date: Date:

Signature: Signature:

Le formulaire de déclaration des besoins doit être rempli conjointement par l'infirmier/e et le médecin dans les deux semaines au plus tard après le début des soins. Le centre de jour envoie le formulaire dûment rempli à l'assureur et avise l'organisation de soins à domicile concernée ou les personnes soignantes indépendantes du séjour effectué dans le centre.

Annexe 3 – Accord relatif aux contrôles effectués par l'assureur

Les assureurs ont l'obligation légale de procéder à des contrôles afin de vérifier l'efficacité, l'adéquation et l'économicité des prestations qui leur sont facturées (cf. art. 32 LAMal, art. 8c OPAS).

S'il ressort du contrôle effectué par l'assureur que les prestations facturées ne répondent pas aux critères d'efficacité, d'adéquation ou d'économicité et si l'assureur fournit une motivation professionnelle de son appréciation (par ex. motifs pour la réduction ou la modification des prestations, lien avec le dossier de soins mis à sa disposition, imputation des prestations selon l'art. 7 al. 2 OPAS, durée des prestations), il adapte les prestations en conséquence.

En cas d'examen auprès de l'assureur (ch. 1 ci-après), les modifications décidées par l'assureur prennent effet le jour auquel le résultat de l'examen est communiqué au fournisseur de prestations, pour autant que celui-ci ait respecté les délais imposés.

En cas d'examens auprès du fournisseur de prestations ou auprès de l'assuré (ch. 2 et 3 ci-après), les modifications décidées par l'assureur prennent effet le jour auquel a lieu le contrôle.

Les modifications ne déploient pas d'effet rétroactif, sauf lorsque l'assureur constate et prouve une violation flagrante des principes d'efficacité, d'adéquation ou d'économicité.

1. Examen auprès de l'assureur

Les assureurs procèdent aux contrôles suivants :

1.1 Examen des pièces soumises par les infirmières ou infirmiers conformément aux chiffres 7.2.2 et 7.2.5 de la présente convention.

Le fournisseur de prestations soumet systématiquement à l'assureur les pièces justificatives suivantes :

- Formulaire de déclaration des besoins en soins requis selon le chiffre 7.2 et l'annexe 2a de la présente convention
- Formulaire de facturation selon le chiffre 9.1 de la présente convention
- La liste des prestations selon l'art. 7, al. 2, OPAS (selon le chiffre 7.2.5 et l'annexe 2a de la présente convention)

1.2 Examen d'autres pièces justificatives fournies par les infirmières ou infirmiers sur demande de l'assureur

1.2.1 Si des doutes subsistent suite à l'examen des pièces systématiquement soumises par les fournisseurs de prestations, l'assureur peut, si possible dans les 15 jours ouvrables dès réception de celles-ci et sous réserve de l'art. 42 al. 5 LAMal, demander à l'infirmière ou à l'infirmier de lui soumettre d'autres pièces pertinentes (ordre médical original, évaluation des soins requis, plan de soins, journal, documentation des plaies etc.).

1.2.2 L'infirmière ou l'infirmier fait parvenir les pièces requises à l'assureur si possible dans les 15 jours ouvrables dès réception de la demande.

1.2.3 Si possible dans les 15 jours ouvrables à dater de la réception des pièces requises, l'assureur examine celles-ci et informe l'infirmière ou l'infirmier de sa décision. Le rapport se réfère aux pièces soumises à l'assureur jusqu'à la date du contrôle.

1.2.4 Assureur et fournisseur de prestations s'efforcent de régler d'éventuels différends dans les délais les plus brefs.

2. Examen auprès du fournisseur de prestations

Les assureurs procèdent auprès du fournisseur de prestations à des examens ponctuels sur la base d'un choix de dossiers patients ouverts.

2.1 L'assureur annonce sa visite de contrôle auprès du fournisseur de prestations. Le contrôle a lieu dans les 30 jours calendaires à compter de la date de l'annonce. Exceptionnellement, il peut être décidé d'un commun accord de déroger à ce délai.

- 2.2 Sous réserve de l'art. 42, al. 5, LAMal, ainsi que du principe de proportionnalité, le fournisseur de prestations fournit à la personne chargée par l'assureur d'effectuer le contrôle dans ses locaux toute information pertinente en lien avec les dossiers sous contrôle. L'infirmière se tient à disposition pour répondre à d'éventuelles questions.
- 2.3 Après examen des pièces, la personne chargée du contrôle et l'infirmière procèdent le jour-même à un échange oral portant notamment sur le budget-temps actuel.
- 2.4 Une fois le contrôle effectué, l'assureur doit dans les 15 jours ouvrables adresser par écrit ses conclusions au fournisseur de prestations.

3. Examen auprès de l'assuré

Les assureurs procèdent à des examens ponctuels auprès de l'assuré à l'occasion d'une intervention de soins.

- 3.1 L'assureur informe l'assuré du but de sa visite et convient d'un rendez-vous avec lui. La visite de contrôle peut avoir lieu dans le cadre d'une intervention régulière du fournisseur de prestations. Dans ce cas, l'assureur informe le fournisseur de prestations au moins 10 jours ouvrables avant la visite prévue.
- 3.2 Une fois la visite de contrôle effectuée, l'assureur doit dans les 15 jours ouvrables adresser par écrit ses conclusions au fournisseur de prestations.

La version allemande fait foi

Annexe 5 – Remboursement des moyens et appareils

1. Champ d'application

- 1.1 Cette annexe porte matériellement sur la remise et la facturation, conformément aux conditions légales applicable, par les infirmières et infirmiers des moyens et appareils selon l'annexe 2 OPAS chapitres
- 01.01 Tire-lait dans le cadre de soins post-partum au sens de l'art. 7 OPAS (et indépendamment de prestations de conseils en cas d'allaitement selon l'art. 15 OPAS, qui ne tombe pas sous le coup de la présente convention)
 - 03.04 Matériel pour perfusion
 - 03.05 Accessoires pour injection
 - 15 Aides pour l'incontinence
 - 17 Articles pour traitement compressif
 - 21.03 Diagnostic in vitro: réactifs et consommables pour analyses de sang
 - 29 Matériel de stomathérapie
 - 35 Matériel de pansement
 - 99 Divers
- 1.2 Dans le cadre de ses activités, le fournisseur de prestations qui répond aux conditions de l'art. 55 OAMal est reconnu comme centre de remise de moyens et d'appareils imputables aux chapitres de la LiMA figurant au chiffre 1.1 ci-dessus. Le cas échéant, la CSS est habilitée à demander au fournisseur de prestations de lui soumettre une copie de l'autorisation en question.
- 1.3 La remise de moyens et appareils imputables à d'autres chapitres de la LiMA est exclue et doit, le cas échéant, faire l'objet d'un accord spécifique avec la CSS.

2. Remboursement des moyens et appareils

- 2.1 Les moyens et appareils selon le chiffre 1.1 ci-dessus prescrits sur ordonnance médicale ne peuvent être facturés qu'à concurrence du montant maximal de remboursement LiMA, sous réserve de l'art. 56 LAMal et de l'Ordonnance sur l'intégrité et la transparence dans le domaine des produits thérapeutiques (OITPTh).
- 2.2 Par rapport au remboursement, les parties contractantes conviennent à titre transitoire et jusqu'à l'entrée en vigueur de la révision des dispositions légales concernant la LiMA, de se conformer aux règles stipulées à l'art. 8, al. 6, de la convention administrative entre l'ASI et tarifsuisse entrée en vigueur le 1^{er} avril 2011 (n° 31.500.0001S).
- 2.3 La facturation doit être détaillée et comporter le code tarifaire, le numéro de position LiMA ainsi que l'échéancier. L'ordonnance médicale doit être obligatoirement jointe à la première facture envoyée à l'assureur.
- 2.4 Le cas échéant, la CSS est habilitée à demander que lui soit soumis l'original de la facture du stade commercial précédent afin de contrôler si la facturation est conforme au chiffre 2.1 ci-dessus.