

**Convention administrative entre l'Association suisse  
des infirmières et infirmiers ASI d'une part, et  
les assureurs signant la convention d'autre part<sup>1</sup>**

**Préambule**

En vue de l'introduction du nouveau régime de financement des soins, l'Association suisse des infirmières et infirmiers d'une part, et les assureurs sous-mentionnés d'autre part, concluent la présente convention administrative suivante valable pour toute la Suisse. La convention a pour but d'unifier les processus administratifs, les démarches d'assurance qualité, la définition du domaine des prestations ainsi que la réglementation de la rémunération pour les moyens et appareils. Par ailleurs, les parties à la convention expriment la volonté que la convention administrative ait valeur de modèle pour toutes les organisations d'aide et de soins à domicile. La convention est fondée sur les lois et ordonnances en vigueur au 1.1.2011.

<sup>1</sup> En cas de contestation, le texte allemand fait seul foi.

Art. 1	Parties à la convention	
	1 Sont parties à la présente convention administrative: d'une part l'Association suisse des infirmières et infirmiers, Choisystrasse 1, case postale 8124, 3001 Berne (ASI) et, d'autre part, les assureurs-maladie figurant sur la liste suivante	
	AMB Assurance-maladie et accidents	BAG Nr. 1507
	Aquilana Versicherungen	BAG Nr. 32
	Arcosana AG	BAG Nr. 1569
	Atupri Krankenkasse	BAG Nr. 312
	AUXILIA Assurance-maladie SA	BAG Nr. 1159
	Avenir Assurance Maladie SA	BAG Nr. 343
	Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont	BAG Nr. 1113
	Caisse da malsauns LUMNEZIANA	BAG Nr. 820
	CONCORDIA Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung	BAG Nr. 290
	CSS Kranken-Versicherung AG	BAG Nr. 8
	Easy Sana Assurance Maladie SA	BAG Nr. 774
	EGK Grundversicherungen	BAG Nr. 881
	GALENOS Kranken- und Unfallversicherung	BAG Nr. 1386
	Glerner Krankenversicherung	BAG Nr. 780
	innova Versicherungen	BAG Nr. 1563
	innova Wallis AG	BAG Nr. 790
	INTRAS Assurance-maladie SA	BAG Nr. 1529
	KLuG Krankenversicherung	BAG Nr. 829
	kmu-Krankenversicherung	BAG Nr. 1328
	Kranken- und Unfallkasse, Bezirkskrankenkasse Einsiedeln	BAG Nr. 134
	Krankenkasse Agrisano	BAG Nr. 1560
	Krankenkasse Birchmeier	BAG Nr. 1322
	Krankenkasse Institut Ingenbohl	BAG Nr. 1142
	Krankenkasse Luzerner Hinterland	BAG Nr. 360
	Krankenkasse Simplon	BAG Nr. 1362
	Krankenkasse SLKK	BAG Nr. 923
	Krankenkasse Steffisburg	BAG Nr. 246
	Krankenkasse Stoffel Mels KKS	BAG Nr. 1331
	Krankenkasse Turbental	BAG Nr. 1147
	Krankenkasse Visperterminen	BAG Nr. 1040
	Krankenkasse Wädenswil	BAG Nr. 1318
	Krankenkasse Zeneggen	BAG Nr. 1003
	Krankenversicherung Flaachtal AG	BAG Nr. 558
	Moove Sympany AG	BAG Nr. 57
	Mutuel Assurance Maladie SA	BAG Nr. 1479
	ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG	BAG Nr. 455
	PHILOS Assurance Maladie SA	BAG Nr. 1535
	Provita Gesundheitsversicherung AG	BAG Nr. 182
	rhenusana-Die Rheintaler Krankenkasse	BAG Nr. 1401
	sana24	BAG Nr. 1568
	Sanagate AG	BAG Nr. 1577
	sanavals Gesundheitskasse	BAG Nr. 901
	sodalis gesundheitsgruppe	BAG Nr. 941
	sumiswalder	BAG Nr. 194
	SWICA Gesundheitsorganisation	BAG Nr. 1384
	Visana	BAG Nr. 1555
	vita surselva	BAG Nr. 966
	vivacare	BAG Nr. 1570

	<p>Vivao Sympany AG</p>	<p>BAG Nr. 509</p>	
<p>tous représentés par procuration par</p> <p>tarifsuisse SA Römerstrasse 20 4502 Soleure</p> <p><sup>2</sup> La convention s'applique</p> <p>a) aux fournisseurs de prestations ayant déclaré adhérer à la présente convention administrative (par la suite „fournisseurs de prestations“)</p> <p>b) aux assureurs maladie ayant déclaré adhérer à la présente convention administrative (par la suite „assureurs“).</p>			
<p><b>Art. 2</b></p>	<p><b>Adhésion, finance d'adhésion; exclusion</b></p>		
<p><sup>1</sup> L'adhésion implique la pleine reconnaissance de la convention administrative, y compris l'intégralité de ses annexes. Celles-ci, conformément à l'article 21, font partie intégrante de la présente convention.</p> <p><sup>2</sup> La procédure d'adhésion est engagée par l'ASI après signature de la totalité de la convention.</p> <p><sup>3</sup> L'ASI communique régulièrement aux assureurs, représentés par tarifsuisse SA, l'état le plus récent de la liste d'adhérents.</p> <p><sup>4</sup> tarifsuisse SA a le droit de ne pas admettre un fournisseur de prestations à la convention. Avant de prendre sa décision, tarifsuisse SA consulte l'ASI. La décision doit être notifiée au fournisseur de prestations et à l'ASI avec une indication des motifs. Le fournisseur de prestations peut saisir le tribunal arbitral cantonal en vertu de l'article 89 LA-Mal.</p> <p><sup>5</sup> tarifsuisse SA et l'ASI peuvent, d'un commun accord, exclure un fournisseur de prestation de la convention administrative.</p> <p><sup>6</sup> Peuvent adhérer à la présente convention administrative tous les fournisseurs de prestations remplissant les conditions de l'article 49 OAMal et disposant d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal..</p> <p><sup>7</sup> Les fournisseurs de prestations peuvent adhérer à la présente convention administrative en notifiant leur adhésion par écrit à l'ASI. L'adhésion à la convention administrative est gratuite pour les membres actifs de l'ASI. Les fournisseurs de prestations non membres de l'ASI acquittent à l'ASI une finance d'adhésion et une contribution annuelle aux frais généraux dont les montants respectifs sont déterminés par un règlement. Le règlement en vigueur s'appliquant aux finances d'adhésion est publié sur Internet.</p>			
<p><b>Art. 3</b></p>	<p><b>Champ d'application, prestations proposées</b></p>		
<p><sup>1</sup> La présente convention administrative règle les processus administratifs applicables aux prestations ambulatoires au sens des articles 25a LAMal, 49 OAMal et 7 ss. OPAS.</p> <p><sup>2</sup> La LAMal et la convention administrative distinguent entre les soins majoritairement dispensés au domicile du patient et les soins dispensés dans des structures des soins de jour ou de nuit. La convention administrative s'applique aux deux formes précitées de soins ambulatoires. Toutefois une différence existe au niveau de la contribution aux soins (voir article 8 et l'annexe 4 de la présente convention).</p>			

	<p><sup>3</sup> Les fournisseurs de prestations doivent avoir un numéro de Registre des Codes Créanciers (ci-après RCC) spécifique pour chacun des trois domaines des soins, i.e. de longue durée, aigus et de transition et dans les structures des soins de jour ou de nuit.</p> <p><sup>4</sup> Les soins ambulatoires sont dispensés de façon ponctuelle et, dans la grande majorité des cas, au domicile du patient. La rémunération s'effectue sur la base de l'article 7a, al. 1 OPAS.</p> <p><sup>5</sup> Les soins ambulatoires dans les structures des soins de jour et de nuit sont pris en charge selon l'art.7a, al. 4 de l'OPAS. Les particularités sont réglées à l'annexe 4. Par ailleurs, les dispositions de cette convention administrative sont valables.</p> <p><sup>6</sup> Les particularités concernant le traitement des plaies en cabinet infirmier sont réglées à l'annexe 6. Par ailleurs, les dispositions de cette convention administrative sont valables.</p> <p><sup>7</sup> L'attribution des prestations dans le domaine de la maternité est réglé à l'annexe 7. Par ailleurs, les dispositions de cette convention administrative sont valables.</p> <p><sup>8</sup> L'attribution des prestations dans le domaine des soins ambulatoires en psychiatrie est réglés à l'annexe 8. Par ailleurs, les dispositions de cette convention administrative sont valables.</p> <p><sup>9</sup> D'autres domaines spécialisés peuvent faire l'objet de conventions séparées.</p> <p><sup>10</sup> Une convention distincte s'applique aux soins aigus et de transition.</p> <p><sup>11</sup> La convention administrative s'applique aux assurés</p> <p>a) adhérents d'un assureur visé à l'article 1, al. 2, let. b) de la présente convention administrative,</p> <p>b) et ayant droit à l'assurance obligatoire des soins conformément à la LAMaL.</p>
<b>Art. 4</b>	<b>Conditions pour les prestations</b>
	<p><sup>1</sup> Les assureurs prennent en charge les coûts pour les soins ambulatoires conformément aux articles 7, al. 2 et 8 OPAS dispensés au domicile du patient, sur la base d'une évaluation des soins requis, sur prescription ou mandat médical, par des organisations d'aide et de soins à domicile et remplissant les conditions stipulées à l'article 49 OAMAL.</p> <p><sup>2</sup> Les prestations sont prises en charge selon l'art.7 de l'OPAS pour autant qu'elles soient fournies personnellement à la maison ou de manière ambulatoire et que le fournisseur de prestations soit en possession d'un numéro du Registre des code créanciers (No RCC) valable pour le lieu où les prestations sont fournies.</p>
<b>Art. 5</b>	<b>L'évaluation des soins requis du patient</b>
	<p><sup>1</sup> L'article 8 OPAS prévoit l'obligation d'effectuer une évaluation des soins requis. Les fournisseurs de prestations sont libres dans le choix de l'instrument standardisé d'évaluation des soins requis.</p> <p><sup>2</sup> 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. Elle est effectuée par une infirmière diplômée habilitée à cet effet (voir article 8, al. 2 OPAS).</p> <p><sup>3</sup> L'infirmière, conjointement avec le médecin, consigne le résultat de l'évaluation sur le formulaire de déclaration des soins requis mentionné à l'annexe 2.</p> <p><sup>4</sup> L'évaluation des besoin s'effectue au domicile de l'assuré au début des prestations et doit</p>

	<p>être achevée au plus tard 14 jours calendaires après le début de l'intervention.</p> <p><sup>5</sup> Si plusieurs fournisseurs de prestations interviennent auprès du même assuré, ils doivent coordonner leurs prestations et se concerter sur l'utilisation du budget temporel. Une cumulation des mêmes prestations est exclue (par ex. double évaluation des soins requis, conseil et instruction). Le fournisseur de prestations qui se fait remplacer régulièrement par d'autres fournisseurs de prestations doit transmettre leur nom et leur No. RCC sur le formulaire de déclaration des besoins.</p>
<b>Art. 6</b>	<b>Mandat médical / Déclaration des besoins</b>
	<p><sup>1</sup> Les prestations de soins présupposent un mandat médical. La déclaration fait état des besoins probables en soins. La déclaration s'effectue exclusivement selon le modèle de l'annexe 2.</p> <p><sup>2</sup> Une fois rempli de façon complète, le formulaire de déclaration des besoins doit être renvoyé à l'assureur sitôt qu'il aura été signé par le médecin et l'infirmière responsable. Lorsque cela n'est pas possible, le formulaire est envoyé au plus tard avec la première facture.</p> <p><sup>3</sup> Les dates du début du traitement et de l'ordonnance doivent être identiques. Les ordonnances à effet rétroactif ne sont pas admises.</p> <p><sup>4</sup> Si l'assureur ne conteste pas la déclaration dans les 14 jours de calendrier à compter de sa réception, l'obligation d'assumer la prestation s'applique à condition que celle-ci réponde aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.</p> <p><sup>5</sup> La Déclaration des besoins comporte les indications suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Coordonnées de l'assuré (numéro d'assuré, numéro d'assurance sociale, nom, prénom, domicile, date de naissance, sexe).</li> <li>b) Indication s'il s'agit d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.</li> <li>c) Raison sociale de l'assureur.</li> <li>d) Numéro RCC et numéro GLN du/des fournisseurs de prestations ; l'indication du numéro GLN est obligatoire seulement en cas de déclaration électronique ; sinon, selon disponibilité.</li> <li>e) Degré d'impotence (allocation pour impotence légère/moyenne/grave) si connu.</li> <li>f) Durée de validité de l'ordonnance médicale (du...au).</li> <li>g) Nom, numéro RCC et numéro GLN du médecin prescripteur, l'indication du numéro GLN est obligatoire seulement en cas de déclaration électronique; sinon, selon disponibilité.</li> <li>h) Besoin prévisible de produits figurant sur la LiMA, selon référence du/des groupe/s de produits à deux chiffres.</li> <li>i) Nombre prévisible d'actes de soins et de minutes par jour et la catégorie correspondante conformément à l'article 7, al. 2, let. a) à c) de l'OPAS.</li> </ul> <p>En cas de prestations dispensées conformément à l'article 3, alinéa 4 de la présente convention, la Déclaration des besoins sera complétée d'une liste des prestations conformément à l'article 7, al. 2 OPAS, avec l'indication du nombre prévisible d'interventions par prestation par jour, semaine, mois ou trimestre (exemples dans l'Appendice à l'annexe 2)</p> <p><sup>6</sup> Les parties à la convention élaborent conjointement des formulaires uniformes de Déclaration des besoins. L'utilisation de ces formulaires deviendra obligatoire à compter du 1er janvier 2012.</p>
<b>Art. 7</b>	<b>Changement dans les soins requis</b>
	<p><sup>1</sup> Si les soins requis changent durablement, une nouvelle évaluation des besoins requis sera établie et envoyée à l'assureur.</p> <p><sup>2</sup> Si les soins requis changent passagèrement au cours d'une intervention pour une durée</p>

	d'au moins 8 jours, le changement doit être annoncé à l'assureur.
<b>Art. 8</b>	<b>Prise en charge, y compris pour moyens et appareils</b>
	<p><sup>1</sup> En raison de la nature personnelle du No. RCC,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• chaque infirmière ou infirmier qui participe aux soins est immatriculé, c'est-à-dire qu'elle ou il dispose de son propre No. RCC,</li> <li>• les prestations ne peuvent être facturées que par l'infirmière ou l'infirmier qui les a fournies personnellement,</li> <li>• la convention administrative interdit en particulier à une infirmière ou un infirmier de facturer à l'assurance-maladie obligatoire les prestations d'une infirmière ou d'un infirmier qu'elle ou il a engagé, même si celle-ci ou celui-ci dispose d'un No RCC.</li> </ul> <p><sup>2</sup> Les assureurs prennent en charge les contributions au coût des mesures d'évaluation et de conseil, d'examen et de traitement, ainsi que des soins de base au sens de l'article 7a OPAS.</p> <p><sup>3</sup> Le fournisseur de prestations facture la contribution correspondant au coût des soins dispensés conformément à l'article 7a OPAS. La facture ne peut pas être établie à l'avance.</p> <p><sup>4</sup> Avec le versement des montants selon l'art. 7a, al. 1 et 2 de l'OPAS, toutes les prestations relevant du droit de l'assurance-maladie visant des mesures soignants des différents fournisseurs de prestations selon l'art. 3, al. 4 de cette convention sont prises en charge selon l'art. 7, al. 2 de l'OPAS.</p> <p><sup>5</sup> Le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de prestations au sens de l'article 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), les jours d'entrée et de sortie non compris. Par ailleurs, le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de prestations de soins ambulatoires de longue durée au sens de l'article 7 OPAS pendant que le patient reçoit des prestations ambulatoires dans le domaine des soins aigus et de transition.</p> <p><sup>6</sup> Les moyens et appareils prescrits sur ordonnance médicale conformément à l'annexe 2 OPAS délivrés par le fournisseur de prestations ne peuvent être facturés qu'à concurrence du montant maximal de remboursement LiMA diminué de 15%. La facturation doit être détaillée et comporter le numéro de position LiMA ainsi que l'échéancier.</p> <p><sup>7</sup> Pour les moyens et appareils au sens de l'annexe 2 OPAS assortis d'une limitation, l'ordonnance médicale doit être obligatoirement jointe à la première facture envoyée à l'assureur.</p> <p><sup>8</sup> Le fournisseur de prestations n'a pas le droit de facturer des médicaments à charge de l'assurance obligatoire des soins.</p>
<b>Art. 9</b>	<b>Facturation et modalités de paiement</b>
	<p><sup>1</sup> Le débiteur de la rémunération au sens de cette convention administrative est l'assureur (système du tiers payant, article 42, al. 2 LAMal).</p> <p><sup>2</sup> En dérogation à l'alinéa 1, assureurs et fournisseurs de prestations peuvent opter pour le système du tiers garant.</p> <p><sup>3</sup> La facturation est mensuelle ou trimestrielle et conforme aux modèles de l'annexe 3</p> <p><sup>4</sup> Dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture établie par le four-</p>

	<p>nisseur de prestations.</p> <p><sup>5</sup> Un mandat médical existe pour la période sous facturation.</p> <p><sup>6</sup> Les délais de paiement dans le système du tiers payant sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- payable dans les 25 jours en cas de facturation électronique,</li> <li>- payable dans les 35 jours sans facturation électronique.</li> </ul> <p><sup>7</sup> La facture porte sur les prestations dispensées sur la base d'une ordonnance médicale et prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les prestations qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire doivent être facturées séparément.</p> <p><sup>8</sup> Les délais mentionnés à l'al. 6 sont arrêtés si des clarifications supplémentaires sont nécessaires au moment de la facturation concernant l'évaluation de volume de prestations (par ex. la demande de documents supplémentaires).</p> <p><sup>9</sup> L'assureur motive ses contestations. Le délai de paiement est suspendu pour la partie contestée de la facture. L'assureur est tenu de rembourser la partie non contestée sur présentation d'une nouvelle facture dans le délai indiqué à l'al. 6.</p> <p><sup>10</sup> Si les conditions sont remplies pour une suspension des prestations au sens de l'article 64a, al. 7 LAMaL, l'assureur suspend la prise en charge des coûts. Dès le paiement intégral des primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que des intérêts moratoires et des frais de poursuite, l'assureur prend à sa charge les coûts dans leur totalité.</p>
<b>Art. 10</b>	<b>Données devant figurer sur la facture</b>
	<p><sup>1</sup> La facture comporte les données suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Coordonnées de l'assuré (numéro de l'assuré, numéro d'assurance sociale, nom, prénom, domicile, date de naissance, sexe).</li> <li>b) Indication s'il s'agit d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.</li> <li>c) Raison sociale de l'assureur.</li> <li>d) Numéro complet de la facture adressée par le fournisseur de prestations à l'assuré concerné, y compris date de la facture.</li> <li>e) Numéro RCC et numéro GLN du fournisseur de prestations; l'indication du numéro GLN est obligatoire seulement en cas de déclaration électronique; sinon, selon disposition.</li> <li>f) Numéro RCC) et numéro GLN du médecin prescripteur; l'indication du numéro GLN est obligatoire seulement en cas de déclaration électronique; sinon, selon disponibilité.</li> <li>g) Degré d'impotence (allocation pour impotence légère/moyenne/grave) si connu.</li> <li>h) Durée des soins en minutes (selon le système décimal) selon le type de prestations au sens de l'article 7 al.2, let. a) à c) OPAS, calendrier; total des prestations au sens de l'article 7 OPAS consacrées à l'assuré concerné par type de prestations en minutes (système décimal) et en francs.</li> <li>i) Durée de validité de l'ordonnance médicale / des ordonnances médicales pendant la période de facturation.</li> <li>j) Numéro/s de position/s LiMA complet/s et quantité.</li> </ul> <p><sup>2</sup> Les parties à la convention élaborent conjointement des formulaires de facturation uniformes. Leur utilisation sera obligatoire à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012.</p>
<b>Art. 11</b>	<b>Echange électronique de données (EED)</b>
	<p><sup>1</sup> Les parties à la convention souhaitent réaliser l'échange électronique de données entre fournisseurs de prestations et assureurs.</p>

	<p><sup>2</sup> Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir d'un échange électronique de données. Dans ce cas, les données administratives et médicales sont adressées par voie électronique à l'assureur conjointement à la Déclaration des besoins (en vertu de l'article 6) ou à la facture (en vertu de l'article 10). L'assureur reçoit toutes les données sous une forme structurée et électroniquement lisible.</p> <p><sup>3</sup> L'échange électronique des données de la Déclaration des besoins ainsi que des factures s'effectue selon les normes convenues pour la transmission des données. Ces normes sont fixées dans un document arrêté conjointement par les parties à la convention.</p>
<b>Art. 12</b>	<b>Devoir d'informer</b>
	Les fournisseurs de prestations reconnaissent que, de par la loi (et notamment le droit du mandat selon le CO), il leur incombe une obligation spéciale d'informer leurs patients sur les prestations de l'assurance-maladie sociale et sur les coûts non couverts par l'assurance obligatoire des soins.
<b>Art. 13</b>	<b>Protection tarifaire</b>
	Le fournisseur de prestations s'engage à respecter la protection tarifaire au sens de l'article 44 LAMal.
<b>Art. 14</b>	<b>Efficacité, adéquation et économicité des prestations</b>
	Le fournisseur de prestations assume la responsabilité pour l'efficacité, l'adéquation et l'économicité de ses prestations et du matériel utilisé (articles 32 et 56 LAMal)
<b>Art. 15</b>	<b>Garantie de la qualité</b>
	<p><sup>1</sup> La garantie et la promotion de la qualité seront réglées séparément conformément aux articles 22a et 58 LAMal et à l'article 77 OAMal. Elles s'étendent aux prestations prescrites par la loi et convenues contractuellement, notamment en vertu des articles 7ss. OPAS. Elles doivent prendre effet pour tous les fournisseurs de prestations et pour les assureurs ayant adhéré à la présente convention administrative.</p> <p><sup>2</sup> Les parties à la convention conviennent d'élaborer un programme qualité d'ici 2014.</p>
<b>Art. 16</b>	<b>Obligation de renseigner du fournisseur de prestations</b>
	<p><sup>1</sup> Les assureurs sont tenus, par la loi, de vérifier, sur la base des factures qui leur sont adressées, l'obligation de prise en charge des prestations, ainsi que leur économicité. A cette fin, ils effectuent les contrôles suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. examen des pièces justificatives soumises par l'organisation d'aide et de soins à domicile auprès de l'assureur,</li> <li>2. examen des dossiers clients auprès du fournisseur de prestations,</li> <li>3. examen de cas particulier/s auprès de l'assuré..</li> </ol> <p><sup>2</sup> L'obligation d'informer l'assureur qui incombe au fournisseur de prestations est soumise au principe de proportionnalité. Les parties concernées sont tenues au respect des normes de protection des données.</p> <p><sup>3</sup> Le déroulement des vérifications est réglé dans l'annexe5.</p>
<b>Art. 17</b>	<b>Conciliation</b>
	<p><sup>1</sup> En règle générale, les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations doivent être réglés directement par les parties concernées.</p> <p><sup>2</sup> Avant de procéder à un arbitrage selon l'art. 89 de la LAMal, une tentative de conciliation a lieu avec la participation de l'assureur concerné et de l'ASI pour autant que les deux parties en litige ne renoncent pas à la tentative de conciliation.</p>



<b>Art. 18</b>	<b>Entrée en vigueur / durée de validité de la convention</b>
	La présente convention et ses annexes entrent en vigueur le 1 <sup>er</sup> avril 2011 pour une durée indéterminée.
<b>Art. 19</b>	<b>Résiliation / Sortie</b>
	<p><sup>1</sup> La convention et ses annexes peuvent être résiliées, en observant un délai de six mois, pour la fin d'une année civile, au plus tôt pour le 31.12.2011, par une des deux parties. La résiliation doit être notifiée par écrit. La résiliation de l'un des assureurs n'implique pas la dissolution de la convention administrative. La convention administrative conserve sa validité pour les autres parties.</p> <p><sup>2</sup> L'ASI a le droit de résilier de manière juridiquement contraignante la présente convention administrative vis-à-vis de l'ensemble des assureurs représentés par tarifsuisse en lui adressant sa résiliation. La lettre de résiliation doit désigner de manière univoque la convention administrative à résilier et déclarer de manière explicite que la résiliation porte sur l'ensemble des assureurs concernés. Il n'est pas possible de résilier la convention pour certains assureurs seulement.</p> <p><sup>3</sup> Moyennant déclaration ad hoc, les fournisseurs de prestations peuvent sortir de la convention administrative, y compris ses annexes, pour la fin d'une année civile en respectant un délai de six mois. La sortie concerne l'intégralité de la convention administrative et ses annexes dans leur ensemble.</p>
<b>Art. 20</b>	<b>Dispositions transitoires</b>
	<p><sup>1</sup> La disposition transitoire suivante s'applique au formulaire de Déclaration des besoins conformément à l'article 6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 4 : les anciens formulaires, complétés des nouvelles prestations, restent valables jusqu'au 31.12.2011</li> <li>• Pour les soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 5 (soins ambulatoires in house ainsi que centres de jour et de nuit), les formulaires de transition conformément aux annexes 3b et 3c restent valables jusqu'au 31.12.2011.</li> <li>• Les nouveaux formulaires élaborés conjointement par les parties à la convention devront être utilisés dès le 01.01.2012.</li> </ul> <p><sup>2</sup> La disposition transitoire suivante s'applique au formulaire de facturation conformément à l'article 10 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 4 : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les anciens formulaires peuvent continuer d'être utilisés jusqu'au 31.12.2011. Il existe également la possibilité d'utiliser le formulaire correspondant au modèle de Formulaire de facture 4.1. (voir Forum Echange de données).</li> <li>• A compter du 01.01.2012, le modèle de Formulaire de facture 4.3. devra être utilisé.</li> </ul> </li> <li>• Pour les soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 5 (soins ambulatoires in house ainsi que centres de jour et de nuit) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les 12 niveaux de contribution au sens de l'article 7a, al. 3 OPAS doivent être intégrés aux anciens formulaires.</li> <li>• Il existe également la possibilité d'utiliser le formulaire correspondant au modèle de Formulaire de facture 4.1. (voir Forum Echange de données)</li> </ul> </li> </ul> <p><sup>3</sup> La facturation électronique sera introduite dans les cinq ans.</p> <p><sup>4</sup> L'échange électronique de données nécessite un nouveau numéro GLN. L'ASI informe ses membres sur la procédure et l'attribution d'un numéro GLN</p>

Art. 21	Annexes
	<p>Cette convention comprend les annexes suivantes qui font partie intégrante de la convention, conformément à l'art. 2.</p> <p><b>Annexe 1:</b> Liste des fournisseurs de prestations ayant adhéré à la convention administrative</p> <p><b>Annexe 2:</b> Formulaire pour le mandat médical / la déclaration des besoins assortie de pièces justificatives</p> <p><b>Annexe 3:</b> Formulaire de facturation</p> <p><b>Annexe 4:</b> Structures de soins de jour ou de nuit</p> <p><b>Annexe 5:</b> Convention relative aux contrôles effectués par les assureurs-maladies</p> <p><b>Annexe 6:</b> Traitement des plaies en cabinet infirmier</p> <p><b>Annexe 7</b> L'attribution des prestations dans le domaine de la maternité</p> <p><b>Annexe 8</b> L'attribution des prestations dans le domaine des soins ambulatoires en psychiatrie</p>

Berne / Soleure, le 31 mai 2011

**Association suisse des infirmières et infirmiers ASI**

Pierre Théraulaz  
Président

Elsbeth Wandeler  
Secrétaire générale

.....

Au nom des assureurs

tarifsuisse ag

Verena Nold  
Directrice

Gebhard Heuberger  
Responsable du secteur des soins

.....

	<b>Annexe 1: Liste des fournisseurs de prestations ayant adhéré à la convention administrative</b>
	Une liste actuelle est disponible au Secrétariat central de l'ASI

**Annexe 2: Formulaire pour le mandat médical / la déclaration des besoins assortie de pièces justificatives**

- Pour les prestations ambulatoires selon l'art. 3, al. 4 de cette convention : version définitive en suspens.

Formulaire transitoire :



**Prescription médicale pour soins à domicile**

<b>Coordonnées client/e</b>		<b>Nom et adresse de l'assurance</b>	
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"/> Infirmitté congénitale <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Allocation pour impotent			
<b>Prescription médicale</b>		<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: _____			
<b>Soins infirmiers</b> (à remplir par l'infirmière)			
Prest. selon OPAS 7 / pos. tarifaire	Prestations	Fréquence	Durée en minutes par trimestre
Total a			
Total b			
Total c			
<b>Total</b>			
<b>Médecin</b> (timbre) no RCC :		<b>Infirmière</b> no RCC :	
		Nom/RCC des autres prestataires sur cette prescription :	
Date:	Signature médecin:	Date:	Signature infirmière/infirmier :
29.04.2011 <small>Version avril 2011</small>			

**Pièces justificatives :**

- Liste des prestations selon l'art. 7, al. 2 OPAS

Pièce justificative 1 de l'annexe 2

**Liste des prestations selon l'art. 7, al. 2 OPAS**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

<b>Nombre</b>	=	Nombre de prestations	
<b>Fréquence</b>	=	Unité :	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>2j, 3j...7j</b> = 2, 3...7 jours par semaine</li> <li>• <b>s</b> = par semaine (hebdomadaire)</li> <li>• <b>m</b> = par mois (mensuel), <b>a</b> = par an</li> <li>• <b>u</b> = uniquement</li> </ul>	
<b>Exemples</b>			
Test simple du glucose dans le sang et l'urine <b>2 fois par jour à 7 jours par semaine</b>	=	Nombre 2	Fréquence t7
<b>Assistance pour un bain médicamenteux 2 fois par semaine</b>		2	w

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. 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	administration de médicaments, en particulier par injection ou perfusion,		
	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 médicinaux 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 3: Formulaire de facturation**

- **Pour les prestations ambulatoires selon l'art. 3, al. 4 de cette convention : version définitive en suspens.**

Formulaire transitoire :

FACTURE					
<b>Coordonnées client/e</b>			<b>Nom et adresse de l'assurance</b>		
Nom _____					
Prénom _____					
Rue _____					
NPA/Lieu _____					
Téléphone _____					
Date de naissance _____					
No. assuré/e _____					
<b>Médecin (prescription médicale)</b>			<b>Infirmière/infirmier</b>		
Nom _____			Nom _____		
Prénom _____			Prénom _____		
Rue _____			Rue _____		
NPA/Lieu _____			NP//Lieu _____		
Téléphone _____			Téléphone _____		
Numéro RCC _____			Numéro RCC _____		
Il s'agit de : <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Prévention <input type="checkbox"/> Maternité Le traitement : <input type="checkbox"/> est terminé <input type="checkbox"/> doit être poursuivi  Calendrier (nombre d'heures des deux mois précédents : ..... heures)  Prestations fournies selon OPAS 7 du ..... au .....					
Date	Prestation	Durée minutes	Date	Prestation	Durée minutes
Matériel selon LiMa		Position numéro	Matériel selon LiMa		Position numéro
Total tarif a en minutes ..... Total tarif b en minutes ..... Total tarif c en minutes ..... Total OPAS 7 en minutes ..... Montant matériel selon LiMa			CHF CHF CHF CHF CHF <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Montant de la facture</span> CHF .....		
Date de la facture : .....					

Version avril 2011

<b>Annexe 4: Structures de soins de jour ou de nuit</b>
---

Traductions des textes et des formulaires en suspens. Veuillez vous référer au texte allemand et signaler au secrétariat central de l'ASI si vous avez installé une structure de soins de jour ou de nuit.



## **Annexe 5: Accord relatif aux contrôles effectués par l'assureur**

### **1. Examen auprès de l'assureur**

Procédure en deux étapes pour vérifier, sur la base des pièces soumises à l'assureur, si les prestations facturées font partie des prestations à charge et si elles remplissent le critère d'économicité.

1ère étape :

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

- Formulaire de déclaration des besoins conformément à l'article 6
- Formulaire de facturation conformément à l'article 10
- Planification des soins (à annexer à la Déclaration des besoins) : Liste des prestations conformément à l'article 7 al. 2 OPAS

2ème étape :

Sous réserve de l'article 42, al. 5 LAMal, le fournisseur de prestations met à la disposition de l'assureur d'autres pièces pertinentes si celui-ci en fait la demande.

### **2. Examen auprès du fournisseur de prestations**

Procédure d'examen, auprès du fournisseur de prestation, menée sur la base de dossiers patients ouverts sélectionnés, pour vérifier si les prestations facturées font partie des prestations à charge de l'assurance et si elles remplissent le critère d'économicité.

- 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.
- Sous réserve de l'article 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 les locaux de l'organisation toute information pertinente complémentaire à celles déjà délivrées antérieurement et se rapportant aux dossiers sous contrôle. Le fournisseur de prestations veille à mettre à la disposition de la personne chargée du contrôle un collaborateur qualifié au courant des dossiers et en mesure de répondre à d'éventuelles questions.
- Une fois le contrôle effectué, l'assureur doit adresser par écrit ses conclusions au fournisseur de prestations dans les dix jours.

### **3. Examen du cas particulier auprès de l'assuré**

Procédure d'examen, effectué auprès de l'assuré à l'occasion d'une intervention de soins, pour vérifier si les prestations facturées font partie des prestations à charge de l'assurance et si elles remplissent le critère d'économicité.

- 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 14 jours calendaires avant la visite prévue.
- Une fois la visite de contrôle effectuée, l'assureur doit adresser par écrit ses conclusions au fournisseur de prestations dans les dix jours.

	<b>Annexe 6: Traitement des plaies en cabinet infirmier</b>
--	---

en suspens

	<b>Annexe 7 L'attribution des prestations dans le domaine de la maternité</b>
--	---

en suspens

	<b>Annexe 8: L'attribution des prestations dans le domaine des soins ambulatoires en psychiatrie</b>
--	--

L'attribution des prestations dans le secteur des soins psychiatriques ambulatoires, au même titre que les autres secteurs de soins, répondent aux obligations de qualité et de documentation conformément à l'art. 8 et 8a OPAS. Cette documentation est accompli selon les objectif du programme de qualité de l'ASI et de la brochure « Documentation des soins ».

**1. Le processus de prise de charge est documenté :**

- recueil d'informations (assesement)
- définition du problème (diagnostic infirmier)
- les objectifs sont définis
- la planification infirmière est établie
- l'intervention correspond à la planification
- l'effectivité et le résultat de l'intervention sont évalués
- les objectifs et l'intervention sont adaptés

**2. Observations infirmières**

- observations et suivi du patient avec chronologie
- interventions (conseils, planification et structuration du quotidien, entraînement etc.)
- le résultat des prestations effectuées.