

Convention administrative «Soins aigus et de transition»

Convention n°: 42.500.2094M

du 1^{er} janvier 2022

concernant

la rémunération des prestations relevant de l'assurance-maladie obligatoire dans le domaine de l'aide et des soins à domicile (Spitex)

selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

conclue entre

Aide et soins à domicile Suisse
Effingerstrasse 33
3008 Berne

et

Association Spitex Privée Suisse (ASPS)
Uferweg 15
3013 Berne

ci-après: **associations**

et

- | | | |
|-----|-------------|---|
| 1. | N° OFSP 32 | Aquilana Versicherungen |
| 2. | N° OFSP 57 | Moove Sympany AG |
| 3. | N° OFSP 62 | SUPRA-1846 SA |
| 4. | N° OFSP 134 | Einsiedler Krankenkasse |
| 5. | N° OFSP 182 | PROVITA Gesundheitsversicherung AG |
| 6. | N° OFSP 194 | Sumiswalder Krankenkasse |
| 7. | N° OFSP 246 | Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg |
| 8. | N° OFSP 290 | CONCORDIA Schweizerische Kranken- u. Unfallversicherung AG |
| 9. | N° OFSP 312 | Atupri Gesundheitsversicherung |
| 10. | N° OFSP 343 | Avenir Assurance Maladie SA |
| 11. | N° OFSP 360 | Krankenkasse Luzerner Hinterland |
| 12. | N° OFSP 455 | ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG |
| 13. | N° OFSP 509 | Vivao Sympany AG |
| 14. | N° OFSP 762 | Kolping Krankenkasse AG |
| 15. | N° OFSP 774 | Easy Sana Assurance Maladie SA |
| 16. | N° OFSP 780 | Genossenschaft Glarner Krankenversicherung |
| 17. | N° OFSP 820 | Cassa da malsauns LUMNEZIANA |

18.	N° OFSP 829	KLuG Krankenversicherung
19.	N° OFSP 881	EGK Grundversicherungen AG
20.	N° OFSP 901	sanavals Gesundheitskasse
21.	N° OFSP 923	Genossenschaft KRANKENKASSE SLKK
22.	N° OFSP 941	sodalis gesundheitsgruppe
23.	N° OFSP 966	vita surselva
24.	N° OFSP 1040	Verein Krankenkasse Visperterminen
25.	N° OFSP 1113	Caisse-maladie de la vallée d'Entremont société coopérative
26.	N° OFSP 1142	Krankenkasse Institut Ingenbohl
27.	N° OFSP 1318	Stiftung Krankenkasse Wädenswil
28.	N° OFSP 1322	Krankenkasse Birchmeier
29.	N° OFSP 1331	Krankenkasse Stoffel, Mels
30.	N° OFSP 1384	SWICA Krankenversicherung AG
31.	N° OFSP 1386	Galenos AG
32.	N° OFSP 1401	rhenusana
33.	N° OFSP 1479	Mutuel Assurance Maladie SA
34.	N° OFSP 1507	AMB Assurance SA
35.	N° OFSP 1535	Philos Assurance Maladie SA
36.	N° OFSP 1542	Assura-Basis SA
37.	N° OFSP 1555	Visana AG
38.	N° OFSP 1560	Agrisano Krankenkasse AG
39.	N° OFSP 1568	sana24 AG
40.	N° OFSP 1570	vivacare AG
41.		Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78, 4600 Olten, in ihrer Funktion als aushelfender Träger gemäss Art. 19 Abs. 1 KVV

ci-après: **assureurs**

tous représentés par procuration par

tarifsuisse sa
Römerstrasse 20
4502 Soleure

Les associations et les assureurs sont collectivement nommés: **parties contractantes.**

I. Dispositions générales

Art. 1 Champ d'application personnel

La convention s'applique:

- aux fournisseurs de prestations ayant déclaré adhérer à la présente convention administrative (ci-après «fournisseurs de prestations»)
- à tout assureur ayant conclu la convention
- à tout assureur-maladie, reconnu au sens de la LAMal, ayant conclu la présente convention conformément à l'art. 5
- à Aide et soins à domicile Suisse et à l'ASPS, dans la mesure où elles assument explicitement elles-mêmes des droits et obligations découlant de la présente convention
- à tarifsuisse sa, dans la mesure où elle assume explicitement elle-même des droits et obligations découlant de la présente convention

Art. 2 Champ d'application territorial et matériel

¹ La présente convention administrative porte sur la rémunération de prestations en faveur de personnes assurées, au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), auprès d'un assureur ayant conclu la présente convention.

² La présente convention administrative règle les processus administratifs applicables aux soins aigus et de transition en vertu des articles 51 OAMal et 25a, al. 2 LAMal, en rapport avec les articles 7, al. 3 OAMal et 7b OPAS. La rémunération est réglée dans une convention tarifaire distincte nécessitant l'approbation du gouvernement cantonal.

³ Les parties à la convention définissent les soins aigus et de transition visés à l'alinéa 1 comme suit :

Les soins aigus et de transition (SAT) visés à l'art. 25a, al. 2 LAMal sont prescrits par un médecin de l'hôpital. Les conditions cumulatives suivantes doivent être remplies :

1. Les problèmes de santé aigus sont connus et stabilisés. Des prestations (diagnostiques et thérapeutiques) dispensées par un hôpital de soins aigus, y compris par un service gériatrique hospitalier ne sont plus nécessaires. Un séjour dans une clinique de réadaptation n'est pas indiqué.
2. A la suite d'un séjour dans un hôpital de soins aigus, le patient requiert des soins qualifiés dispensés par du personnel infirmier.
3. Les SAT font partie de la chaîne du traitement. Ils répondent à des besoins et doivent être prescrits de façon ciblée. Ils ne doivent pas avoir pour fonction de prendre le relais en attendant l'admission du patient dans un centre de réadaptation ou dans un EMS.
4. Les SAT ont pour but de renforcer les compétences de la patiente ou du patient, de sorte qu'il ou elle puisse se prendre en charge et retrouver dans son environnement habituel les aptitudes et capacités qui étaient les siennes avant son séjour hospitalier. L'objectif est de lui permettre de retourner durablement chez elle ou chez lui et d'éviter une nouvelle hospitalisation.
5. Un plan de soins avec les mesures permettant d'atteindre les objectifs fixés est établi.

⁴ Dans la mesure où le patient nécessite également des prestations médicales ou thérapeutiques, celles-ci peuvent être dispensées de façon ambulatoire en tant que prestations ponctuelles. Elles ne font pas partie des SAT.

II. Procédure d'adhésion et de sortie des fournisseurs de prestations

Art. 3 Adhésion d'un fournisseur de prestations à la convention

¹ Les fournisseurs de prestations peuvent adhérer à la présente convention pour autant qu'ils

- remplissent les conditions de l'art. 51 OAMal,
- disposent d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal,
- disposent d'une autorisation spéciale de dispenser des soins aigus et de transition, pour autant que le canton l'exige,
- disposent d'un mandat de prestations pour les soins aigus et de transition à dispenser, pour autant que le canton l'exige,
- disposent d'un concept concernant la mise en application des soins aigus et de transition en leur sein.

Si un fournisseur de prestations possède plusieurs numéros RCC actifs (p. ex. dans différents cantons), il doit adhérer à la convention séparément pour chacun des numéros.

² Par son adhésion à la présente convention, le fournisseur de prestations accepte sans réserve le contenu intégral de celle-ci, y compris les annexes qui font partie intégrante de la convention.

³ La procédure d'adhésion est lancée par Aide et soins à domicile Suisse et l'ASPS, après signature complète de la convention. Les dispositions de la loi sur l'assurance-maladie s'appliquent. Il incombe aux associations de régler les modalités d'adhésion et de sortie, et d'assumer pleinement la responsabilité correspondante. Les assureurs, voire tarifsuisse sa, n'assument aucun rôle ni aucune responsabilité en la matière.

⁴ En cas de besoin, tarifsuisse sa est en droit de demander à Aide et soins à domicile Suisse ou à l'ASPS la copie du formulaire d'adhésion d'un fournisseur de prestations.

⁵ Toute adhésion effectuée jusqu'au 30 avril 2022 au plus tard prend effet rétroactivement au 1^{er} janvier 2022. Si l'adhésion a lieu au-delà, la date de réception de la déclaration d'adhésion par Aide et soins à domicile Suisse / l'ASPS est déterminante.

⁶ Aide et soins à domicile Suisse / L'ASPS remettent tous les mois à tarifsuisse sa, conformément à l'al. 7 ci-dessous, une liste actualisée des fournisseurs de prestations ayant adhéré à la convention ou étant sortis de la convention. Aide et soins à domicile Suisse et l'ASPS peuvent publier leurs listes sur Internet.

⁷ Aide et soins à domicile Suisse / L'ASPS signalent à tarifsuisse sa (à l'attention du management de l'adhésion aux conventions, e-mail: vam@tarifsuisse.ch) les adhésions enregistrées. Cette déclaration se fait exclusivement au moyen d'un tableau Excel, selon le modèle figurant à l'annexe 2. Vis-à-vis des assureurs, la liste fait office de déclaration contraignante d'adhésion à la convention ou de sortie de la convention de la part des fournisseurs de prestations mentionnés. Les listes qui ne correspondent pas au modèle défini, qui contiennent des données erronées ou qui mentionnent des fournisseurs de prestations ne répondant pas aux critères fixés à l'al. 1 sont renvoyées sans autre traitement aux associations par le management de l'adhésion aux conventions.

Art. 4 Sortie d'un fournisseur de prestations de la convention

¹ Un fournisseur de prestations annonce par écrit sa sortie de la convention. Cette déclaration de sortie est transmise, dûment signée, à l'association compétente, qui en informe à son tour tarifsuisse sa au moyen de la liste d'adhésion et de sortie visée à l'art. 3, al. 6.

² La sortie de la convention est possible pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de six mois. Le principe d'accès s'applique. Autrement dit, la date de réception de la liste d'adhésion et de sortie (selon l'art. 3, al. 6) par tarifsuisse sa est déterminante.

³ Tout retrait de l'autorisation cantonale d'exploitation entraîne la sortie automatique de la convention, sans qu'il soit nécessaire de soumettre une déclaration de sortie pour la fin de l'année suivante.

⁴ Tout changement de numéro RCC, par exemple à la suite d'un changement de propriétaire, entraîne également la sortie automatique de la convention. L'adhésion à la convention doit faire l'objet d'une nouvelle déclaration au moyen du nouveau numéro RCC. Cette nouvelle adhésion ainsi que le retrait avec l'ancien numéro RCC sont à signaler à tarifsuisse sa au moyen de la liste d'adhésion et de sortie visée à l'art. 3, al. 6.

Art. 5 Conclusion de la convention par d'autres assureurs (droit d'option)

¹ tarifsuisse sa a le droit de déclarer applicables, de manière unilatérale, les droits et obligations découlant de la présente convention également pour d'autres assureurs-maladie admis, une nouvelle convention au contenu identique étant alors établie entre le nouvel assureur contractant et le fournisseur de prestations (droit d'option).

² La convention basée sur le droit d'option entre le nouvel assureur contractant et le fournisseur de prestations est valable – sous réserve de son approbation par les autorités compétentes (art. 46, al. 4 LAMal) – dès que tarifsuisse sa a communiqué au fournisseur de prestations le numéro OFSP ainsi que le nom et l'adresse de l'assureur, accompagnés de la déclaration de conclusion par ce dernier de la présente convention. Le contrat basé sur le droit d'option devient automatiquement caduc dès que la présente convention collective prend fin.

³ Le droit d'option n'est valable que s'il est exercé par tarifsuisse sa, qui dispose à cet effet d'une procuration lui permettant de conclure des conventions tarifaires pour le compte du nouvel assureur contractant.

III. Conditions relatives aux prestations

Art. 6 Conditions relatives aux prestations

¹ Les assureurs prennent en charge les coûts pour les prestations de soins aigus et de transition conformément à l'article 7, al. 3 OPAS dispensés sur prescription du médecin hospitalier à la suite d'un séjour hospitalier sur la base d'une évaluation des soins requis conformément aux articles 7, al. 2 et 8 et 8a OPAS. Les conditions auxquelles doit répondre le personnel spécialisé requis sont décrites à l'Annexe 5.

² Le fournisseur de prestations doit disposer d'un numéro RCC distinct pour facturer les prestations de soins aigus et de transition.

IV. Mandat médical, évaluation des soins requis et déclaration des besoins

Art. 7 Mandat médical / évaluation des soins requis

¹ Les prestations de soins aigus et de transition requièrent un mandat émis par le médecin hospitalier en vertu de l'article 25a LAMal, ainsi qu'une évaluation des soins requis en vertu de l'article 7, al. 2 OPAS en rapport avec l'article 8a OPAS. La déclaration s'effectue exclusivement au moyen du „Formulaire de déclaration Soins aigus et de transition“ (prescription) destiné au médecin de l'hôpital et du „Formulaire de déclaration des besoins“ reproduits aux Annexes 3 et 4.

² L'évaluation des soins requis, selon l'art. 8a OPAS, est effectuée par une infirmière ou un infirmier diplômé habilité à cet effet (voir art. 8a, al. 1 OPAS). Les fournisseurs de prestations sont libres dans le choix de l'instrument standardisé d'évaluation des soins requis (interRAI HC ou autre).

³ L'évaluation écrite des soins requis comporte une appréciation de l'état général du patient, ainsi que l'évaluation de son environnement, des soins et de l'aide requis, et enfin des moyens et appareils dont il a besoin (voir art. 8a, al. 3 OPAS).

⁴ Le résultat est consigné dans le formulaire de déclaration des soins requis figurant aux annexes 4.1 et 4.2.

⁵ Si plusieurs fournisseurs de prestations interviennent auprès du même patient, ils doivent coordonner leurs prestations et se concerter sur l'utilisation du budget de temps commun. Un cumul de prestations identiques est exclu (p. ex. doublon concernant la clarification des besoins, les conseils et les instructions).

Art. 8 Déclaration des besoins adressée aux assureurs

¹ La déclaration indique les besoins probables en soins. Elle s'effectue exclusivement sur la base des exemples figurant à l'annexe 4. Les fournisseurs de prestations indiquent, sur le formulaire de déclaration des soins requis, le temps estimé nécessaire selon l'art. 8a, al. 4 OPAS.

² Une fois remplis de façon complète, le „Formulaire de déclaration Soins aigus et de transition“, comportant la prescription signée par le médecin de l'hôpital, ainsi que le "Formulaire de déclaration des besoins" signé par la personne responsable chez le fournisseur de prestations sont renvoyés par celui-ci à l'assureur cinq jours au plus tard à compter de la date où les soins aigus et de transition ont commencé à être dispensés

³ La déclaration standardisée des besoins convenue entre les parties contractantes peut également être transmise à l'assureur par voie électronique, sous une forme structurée. Pour les prestations selon l'art. 7, al. 2, let. b OPAS, il incombe au fournisseur de prestations de soumettre si nécessaire à l'assureur le formulaire de déclaration des besoins signé par le médecin.

⁴ La date du début effectif du traitement et la date de prise d'effet de l'ordonnance doivent être identiques. Les ordonnances avec effet rétroactif ne sont pas admissibles.

⁵ Si l'assureur ne conteste pas la déclaration des besoins dans un délai de 5 jours ouvrables à compter de sa réception, l'obligation de prendre en charge la prestation s'applique sous réserve de l'art. 6 de la présente convention ainsi que des procédures de contrôle définies à l'annexe 6.

⁶ La déclaration des besoins comporte les données suivantes:

a) Coordonnées de l'assuré

- Nom et prénom
- Date de naissance
- Sexe
- Domicile
- Numéro de carte d'assuré
- Numéro d'assurance sociale et/ou numéro d'assuré

b) Motif du traitement: maladie, accident ou maternité

c) Raison sociale (nom) de l'assureur

d) Numéro RCC et GLN du fournisseur de prestations (GLN si disponible; obligatoire seulement en cas de déclaration électronique)

e) GLN de l'infirmière ou de l'infirmier ayant réalisé l'évaluation des soins requis (en cas de transmission de la déclaration des besoins via SHIP)

f) Nom, numéro RCC de l'hôpital et GLN du médecin hospitalier prescripteur (GLN si disponible; obligatoire seulement en cas de déclaration électronique)

g) Degré d'impotence (allocation pour impotence légère/moyenne/grave), si connu

h) Début et durée de validité de la prescription

i) Besoin probable de produits figurant sur la LIMA, avec numéro à deux chiffres du groupe de produits

- j) Durée prévisible en minutes selon le type de prestation en vertu de l'article 7, al. 2, let. a) à c) OPAS, durée prévisible en minutes en cas d'application d'un forfait horaire (tarif mixte) pour la durée de validité de la prescription.

La Déclaration des besoins sera complétée par une liste des prestations en vertu de l'article 7, al. 2 OPAS ou par la liste des prestations prévues selon la feuille de interRAI de planification des prestations, avec l'indication du nombre prévisible d'interventions par prestation par jour ou semaine (exemples dans l'appendice à l'Annexe 4.1 et 4.2).

V. Prise en charge des prestations

Art. 9 Prise en charge des soins

¹ Toutes les prestations relevant de l'assurance maladie relatives aux soins infirmiers conformément à l'article 7, al. 2 OPAS sont rémunérées selon la convention tarifaires en vertu de l'article 2, al. 2 de la présente convention.

² Le fournisseur de prestations facture les soins dispensés effectivement. La facture ne peut pas être établie à l'avance.

³ Le fournisseur de prestations ne peut pas facturer de prestations de soins aigus et de transition pendant le séjour du patient dans un hôpital ou un établissement médico-social (y c. les soins aigus et de transition stationnaires). Cela ne s'applique pas aux jours d'entrée et de sortie. Ne sont pas non plus concernées l'évaluation des soins requis et les prestations de coordination, qui doivent intervenir dès le séjour à l'hôpital en vue d'un parcours de soins optimal. En outre, 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 bénéficie de prestations ambulatoires de soins aigus et de transition.

⁴ Dans le cadre de la présente convention, il n'est pas permis de facturer des prestations non mentionnées ici (p. ex. médicaments) à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Art. 10 Rémunération des moyens et appareils

¹ Seuls les coûts des moyens et appareils prescrits par un médecin et figurant sur la liste des moyens et appareils (LiMA, annexe 2 OPAS) sont pris en charge comme suit par les assureurs:

a) Moyens et appareils de la catégorie A

Les consommables simples directement liés aux prestations de soins (p. ex. gants, gaze, désinfectant, masques, tenues de protection) ainsi que le matériel et les dispositifs réutilisables pour plusieurs patients (p. ex. tensiomètres, stéthoscopes, thermomètres, coussins ergonomiques spécifiques, instruments réutilisables tels que ciseaux et pincettes) ne peuvent pas être facturés séparément. Il en va de même lorsque ces moyens et appareils sont délivrés par un centre de remise LiMA externe (p. ex. pharmacie).

b) Moyens et appareils de la catégorie B

Les moyens et appareils qui sont, d'une part, utilisés par l'assuré et, d'autre part, utilisés ou remis par du personnel infirmier ou un intervenant non professionnel impliqué dans le traitement sont facturés par les fournisseurs de prestations au maximum au prix de remboursement maximal dans le domaine des soins (avec réduction) selon la LiMA.

c) Moyens et appareils de la catégorie C

Les moyens et appareils qui ne peuvent être utilisés que par le personnel infirmier sont facturés de la même façon que ceux de la catégorie B.

² La facturation électronique s'effectue séparément au moyen du tarif 454 pour les moyens et appareils dans le domaine des soins.

³ Conformément à l'art. 56, al. 3 LAMal, le fournisseur de prestations est tenu de répercuter sur le débiteur de la rémunération les rabais qu'il touche d'un fournisseur.

⁴ Les limitations de la liste des moyens et appareils doivent être prises en compte.

⁵ Si le matériel facturé dépasse le prix de remboursement maximal selon la LiMA, la part excédentaire est à facturer directement à l'assuré. Dans le cas de montants de remboursement maximal annuels, l'assureur-maladie se voit facturer chaque mois, au maximum, le montant au prorata correspondant (montant de remboursement maximal annuel divisé par 12 mois).

VI. Facturation et modalités de paiement

Art. 11 Facturation

¹ La facturation est effectuée une seule fois à la fin du traitement pour les soins aigus et de transition.

² La facture comporte les données suivantes:

- a) Coordonnées de l'assuré
 - Nom et prénom
 - Date de naissance
 - Sexe
 - Domicile
 - Numéro de carte d'assuré
 - Numéro d'assurance sociale et/ou numéro d'assuré
- b) Motif du traitement: maladie, accident ou maternité
- c) Raison sociale (nom) de l'assureur
- d) Numéro complet de la facture adressée par le fournisseur de prestations à l'assuré concerné, y compris date de la facture
- e) Numéro RCC et GLN du fournisseur de prestations (GLN si disponible; à mentionner seulement en cas de facturation électronique)
- f) Nom, numéro RCC de l'hôpital et GLN du médecin hospitalier prescripteur (GLN si disponible; à mentionner seulement en cas de facturation électronique)
- g) Degré d'impotence (allocation pour impotence légère/moyenne/grave), si connu
- h) Durée de validité de la ou des ordonnances médicales pour la période de facturation considérée
- i) Si un forfait journalier a été convenu, indication du nombre de jours, date et total des prestations selon l'article 7 OPAS en francs. Si un forfait horaire (tarif mixte) a été convenu, indication de la durée des soins en minutes (selon le système décimal), date et total des prestations selon l'article 7 OPAS en francs. Si un tarif est convenu selon le type de prestation au

sens de l'article 7, al. 2, let. a) à c), OPAS, indication de la durée des soins en minutes (selon le système décimal) par type de prestation au sens de l'art. 7, al. 2, let. a) à c) OPAS, date, total des prestations au sens de l'article 7 OPAS par type de prestation en minutes (système décimal) et en francs.

- j) Numéros de positions LiMA complets et quantité; montant de remboursement maximal dans le domaine des soins selon la LiMA, par produit

³ Les prestations dispensées sur la base d'une ordonnance médicale sont facturées à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Celles qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire doivent être facturées séparément.

Art. 12 Modalités de paiement

¹ Le débiteur de la rémunération au sens de la présente convention est l'assureur (système du tiers payant, art. 42, al. 2 LAMal).

² A compter du 1^{er} janvier 2023, en dérogation à l'al. 1, le système du tiers garant s'appliquera à toutes les factures qui ne sont pas transmises par voie électronique.

³ En dérogation à l'al. 1, assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir du système du tiers garant. Le fournisseur de prestations est tenu d'informer l'assuré en temps utile avant de fournir les prestations.

⁴ L'assureur prend uniquement en charge les factures conformes à la loi et à la présente convention.

⁵ L'assureur verse la rémunération due au fournisseur de prestations dans un délai de 30 jours.

⁶ Le délai de paiement court à partir de la date à laquelle l'assureur dispose de toute la documentation nécessaire pour contrôler la conformité de la facture à la loi et à la convention.

⁷ En cas de contestation justifiée, le délai de paiement visé à l'art. 12, al. 5 de la présente convention est interrompu.

⁸ Si les conditions sont remplies pour une suspension des prestations au sens de l'art. 64a, al. 7 LAMal, l'assureur suspend la prise en charge des coûts. Les coûts sont pris en charge dans leur totalité dès le paiement intégral des arriérés de primes, participations aux coûts, intérêts moratoires et frais de poursuite.

Art. 13 Échange électronique de données

Les parties contractantes conviennent de l'échange électronique des données comme suit:

- La **facturation** s'effectue par voie électronique au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2023, selon les standards XML en vigueur et les directives du Forum Datenaustausch.
- La **déclaration des besoins** est transmise via le système d'annonce bidirectionnel SHIP, conformément à la norme de processus eCH-0237 «Soins» (dès que celle-ci sera opérationnelle).
Pour les fournisseurs de prestations et les assureurs qui ne seront pas encore en mesure de transmettre la déclaration des besoins via SHIP au moment de la mise en place de ce système, les dispositions de l'art. 8 de la présente convention s'appliqueront.

Art. 14 Devoir d'informer

¹ 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.

² Ils sont en particulier tenus d'informer leurs patients sur les dispositions légales (art. 64a, al. 7 LAMal) concernant la suspension des prestations et les effets concrets d'une telle mesure prise en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts.

Art. 15 Protection tarifaire

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

VII. Economicité des prestations et garantie de la qualité

Art. 16 Economicité des prestations / garantie de la qualité

¹ Le fournisseur de prestations assume la responsabilité de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité de ses prestations ainsi que du matériel utilisé (art. 32 et 56 LAMal).

² Le fournisseur de prestations s'engage à participer aux mesures de contrôle et de garantie de la qualité de ses prestations conformément à la convention actuellement en vigueur au sens de l'art. 58a LAMal.

Art. 17 Qualification minimale du personnel

Les conditions à remplir par le personnel professionnel nécessaire sont décrites à l'annexe 5.

Art. 18 Obligation d'informer du fournisseur de prestations

¹ En vertu de la loi, les assureurs sont tenus de vérifier l'obligation de prise en charge des prestations et leur economicité sur la base des factures qui leur sont adressées. A cette fin, ils effectuent les contrôles suivants:

- 1.1 Examen des pièces justificatives soumises par l'organisation d'aide et de soins à domicile conformément à l'art. 8, al. 2 de la présente convention
- 1.2 Examen des pièces justificatives demandées par l'assureur et soumises par l'organisation d'aide et de soins à domicile
2. Examen des dossiers des clients auprès du fournisseur de prestations
3. Examen de cas particuliers auprès de l'assuré

² 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 en matière de protection des données. C'est pourquoi la majorité des cas est vérifiée selon les modalités définies à l'al. 1. ci-avant.

³ Le processus de contrôle est réglé à l'annexe 6.

VIII. Aspects formels

Art. 19 Procédure à suivre en cas de désaccord

¹ En règle générale, les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations doivent être réglés directement par les parties concernées.

² Les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie ont toutefois la possibilité de saisir le tribunal arbitral cantonal conformément à l'art. 89 LAMal.

Art. 20 Entrée en vigueur / durée de la convention

La présente convention, annexes incluses, entre en vigueur au 1^{er} janvier 2022 et est conclue pour une durée indéterminée.

Art. 21 Clause de sauvegarde

¹ Les parties peuvent modifier à tout moment la présente convention, en tout ou partie, par déclarations écrites concordantes et sans résiliation formelle.

Si les conditions qui sous-tendent la présente convention devaient changer ou que l'une ou l'autre disposition de la présente convention devait être ou devenir caduque ou partiellement caduque, la validité des autres dispositions n'en serait pas affectée. Dans un tel cas, les parties sont tenues d'adapter la convention aux nouvelles conditions ou de remplacer la disposition caduque ou partiellement caduque par une autre afin que le but prévu par la convention puisse être réalisé d'une manière juridiquement admissible (clause de sauvegarde).

Art. 22 Résiliation

¹ La convention peut être résiliée pour la fin d'une année moyennant un préavis de six mois, pour la première fois le 31 décembre 2023.

² Les assureurs-maladie qui concluent la convention ne se constituent pas en société simple, mais chaque assureur conclut la présente convention séparément en son nom. La présente convention ne crée ni droits ni obligations dans les rapports des assureurs entre eux. La résiliation de la convention par un assureur n'a donc aucune incidence sur la poursuite de la convention entre les autres assureurs et le fournisseur de prestations.

³ Si Aide et soins à domicile Suisse et l'ASPS souhaitent résilier la présente convention à l'égard de tous les assureurs pour lesquels tarifsuisse sa a conclu la convention, elles ont le droit d'adresser la résiliation, qui sera juridiquement contraignante, à tarifsuisse sa, à l'attention des parties contractantes. La lettre de résiliation doit mentionner clairement et sans équivoque la convention à résilier, et être accompagnée d'une déclaration explicite selon laquelle la convention est résiliée à l'égard de tous les assureurs. Une résiliation à l'égard d'un cercle limité d'assureurs n'est pas possible.

Art. 23 Annexes

La présente convention comporte les annexes suivantes, lesquelles, en vertu de l'art. 3, al. 2, font partie intégrante de la convention.

Annexe 1:

Liste des fournisseurs de prestations ayant adhéré à la convention

Annexe 2:

Dispositions applicables à la liste d'adhésion et de sortie des fournisseurs de prestations

Annexe 3 :

Formulaire de déclaration pour les soins aigus et de transition

Annexe 4:

Formulaire de déclaration des besoins (avec pièces justificatives)

Annexe 5:

Personnel professionnel

Annexe 6:

Accord relatif aux contrôles effectués par les assureurs-maladie

Art. 24 Dispositions finales

¹ La présente convention est établie et signée en trois exemplaires. Un exemplaire est destiné à Aide et soins à domicile Suisse, un autre à l'ASPS et le dernier à tarifsuisse sa.

² En cas de contradictions entre la présente convention et la version allemande, c'est cette dernière qui fait foi. Les parties contractantes supportent pour moitié les frais de traduction.

Berne / Soleure, le

Aide et soins à domicile Suisse

Thomas Heiniger
Président

Marianne Pfister
Directrice

Association Spitex privée Suisse (ASPS)

Pirmin Bischof
Président

Marcel Durst
Directeur

Au nom des assureurs mentionnés comme parties contractantes ainsi que – en relation avec les dispositions qui définissent les droits ou les obligations de tarifsuisse sa – pour elle-même:

tarifsuisse sa

Renato Laffranchi
Responsable Achat des prestations
Membre de la direction

Marc Berger
Responsable des négociations

Annexe 1

Liste des fournisseurs de prestations ayant adhéré à la convention

La liste à jour des fournisseurs de prestations ayant adhéré à la convention peut être obtenue comme suit:

Pour les assureurs:

Registre central des conventions (RCC) de SASIS SA

Pour les fournisseurs de prestations et autres personnes intéressées:

Auprès d'Aide et soins à domicile Suisse ou de l'Association Spitex privée Suisse (ASPS)

Annexe 2**Dispositions applicables à la liste d'adhésion et de sortie des fournisseurs de prestations conformément à l'art. 3, al. 6, de la présente convention**

Ce modèle doit impérativement être repris pour l'annonce des adhésions et des sorties. Toute liste d'adhésion qui ne respecterait pas ce modèle ne pourra pas être traitée et sera retournée. tarifsuisse sa peut si nécessaire apporter des modifications à ce modèle. Celles-ci seront alors communiquées aux associations en temps utile.

Sur demande, tarifsuisse sa remet un modèle Excel de la liste.

Liste d'adhésion Aide et soins à domicile Suisse / ASPS							
Convention n° 42.500.2053D Etat: 01.01.2022							
Les fournisseurs mentionnés ci-après ont annoncé leur adhésion en bonne et due forme au sens de l'art. 3, al. 5, de la présente convention administrative Aide et soins à domicile du 1 ^{er} janvier 2022 conclue entre Aide et soins à domicile Suisse / ASPS et tarifsuisse sa.							
Adhésion au	Nom de l'organisation	Lieu	Canton	Numéro RCC	Numéro RCC	GLN	Sortie au
				Longue durée	SJN		
01.01.2022	Organisation d'aide et de soins à domicile	Stadel	ZH	A123401		7601002123456	
01.01.2022	Organisation d'aide et de soins à domicile	Stäfa	ZH	B345601		7601002789123	
01.01.2022	Organisation d'aide et de soins à domicile	Stans	NW		D123407	7601002345678	
01.01.2022	Organisation d'aide et de soins à domicile	Steffisburg	BE	C789102		7601002901234	31.03.2022
01.01.2022	Organisation d'aide et de soins à domicile	Steffisburg	BE	D567802		7601002456789	
01.01.2022	Organisation d'aide et de soins à domicile	Stein	AG	A123419		7601002234567	
08.01.2022	Organisation d'aide et de soins à domicile	Steinmaur	ZH	X012301		7601002567890	
09.01.2022	Organisation d'aide et de soins à domicile	Stettlen	BE	K789002		7601002678901	
<i>Classement par date d'adhésion (commençant par la date la plus ancienne)</i>				<i>Numéro RCC impérativement sans formatage, c.-à-d. sans espaces ni points</i>	<i>Numéro RCC impérativement sans formatage, c.-à-d. sans espaces ni points</i>	<i>GLN impérativement sans formatage, c.-à-d. sans espaces</i>	

Les adhésions doivent impérativement être classées par date (date la plus récente figurant à la fin).

Les nouvelles adhésions ou sorties sont à signaler **en couleur**.

Les changements de nom ou d'adresse doivent être signalés directement à SASIS SA (département RCC) par les fournisseurs de prestations. Une modification au moyen de la liste d'adhésion n'est pas possible.

Annexe 3 Formulaire de déclaration pour soins aigus et de transition

Formulaire de déclaration transitoire Soins aigus et de transition pour fournisseurs de prestations ambulatoires

Les soins aigus et de transition (SAT) conformément à l'art. 25a, al. 2 LAMal sont prescrits par des médecins des hôpitaux aux conditions cumulatives suivantes :

1. Les problèmes de santé aigus sont connus et stabilisés. Des prestations diagnostiques et thérapeutiques (dans un hôpital de soins aigus) ne sont plus nécessaires. Un séjour dans une clinique de réadaptation n'est pas indiqué.
2. La patiente ou le patient a besoin de soins qualifiés dispensés par des professionnels des soins après un séjour dans un hôpital de soins aigus.
3. Les SAT font partie de la chaîne thérapeutique. Ils doivent répondre aux besoins et être prescrits de façon ciblée. Ils ne sont pas censés couvrir la période d'attente avant l'entrée dans une clinique de réadaptation ou dans un EMS.
4. Les SAT ont pour but de renforcer les compétences de la patiente ou du patient, de sorte qu'il ou elle puisse se prendre en charge et retrouver dans son environnement habituel les aptitudes et capacités qui étaient les siennes avant son séjour hospitalier. L'objectif est de lui permettre de retourner durablement chez elle ou chez lui et d'éviter une nouvelle hospitalisation.
5. Un plan de soins avec les mesures permettant d'atteindre les objectifs fixés est établi.

Si un encadrement ou un traitement médical sont indiqués, ceux-ci peuvent être assurés à titre de prestation individuelle dans un cadre ambulatoire. Ils ne font pas partie intégrante des SAT.

Document Requérant Identification

Fournisseur de prestations

Patient	Nom	Muster
	Prénom	Peter
	Rue	Chemin du patient 1
	NPA	6000
	Lieu	Lucerne
	Date de naissance	15.01.1977
	Sexe	M
	Début de la maladie	XX.XX.2011
	N° d'assuré	12345678
	N° d'assurance sociale	
	Base légale	LAMal
	Motif du traitement	Maladie
	Type de traitement	Soins aigus et de transition

Hôpital
N° RCC de l'hôpital
Médecin prescripteur

Diagnostic (facultatif)*	CIM 10	
Traitement	Soins aigus et de transition	
Début du traitement	XX.XX.2011.....	Durée du traitement : Xjours

* Ce formulaire est transmis à l'assureur compétent en cas de besoin.

Evaluation établie par l'hôpital en vue de prescrire des soins aigus et de transition

- | | | | | |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Les problèmes médicaux sont connus et stabilisés. | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| 2. L'intervention d'un professionnel des soins est nécessaire pour une durée limitée et allant jusqu'à 24 heures par jour. | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| 3. Une réadaptation stationnaire n'est pas indiquée. | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| 4. La patiente ou le patient a le potentiel pour récupérer son autonomie et vivre dans son environnement habituel. | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| 5. La patiente ou le patient souhaite réintégrer son cadre de vie et d'habitation habituel. | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| 6. Les objectifs des soins aigus et de transition ont été fixés d'entente avec la patiente ou le patient ou le cas échéant avec ses proches ou son représentant légal. | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |

Début des soins aigus et de transition :

Durée probable : (max. 14 jours):

Qui dispense les soins aigus et de transition ?

N° RCC :

Nom du fournisseur de prestations:

Adresse du fournisseur de prestations:

Lieu, date

Signature du médecin prescripteur de l'hôpital / cachet de l'hôpital

Original à adresser au fournisseur de prestations SAT

Copie à la patiente / au patient

Copie à l'assureur

Annexe 4 Formulaire de déclaration des soins requis / annexe à la déclaration des soins requis

Annexes à la déclaration des soins requis:

Annexe 4.1 Liste des prestations selon l'art. 7, al. 2 OPAS

Nom _____ Prénom _____

Nombre	=	Nombre de prestations	
Fréquence	=	Unité	
		<ul style="list-style-type: none"> • 2j, 3j...7j = 2, 3...7 jours par semaine • s = par semaine (hebdomadaire) • m = par mois (mensuel) a = par an (annuel) • u = unique 	
Exemples			
Détermination simple de la glycémie et de la glycosurie 2 fois par jour 7 jours sur 7	=	Nombre	Fréquence
		2	7j
Assistance lors du bain médical deux fois par semaine		2	s
Cocher lorsqu'une prestation est prévue	Description détaillée de la prestation (selon art. 7, al. 2, OPAS)	Nombre: combien de fois la prestation doit-elle être assurée ?	Fréquence: unité de la prestation prévue
	Évaluation des besoins, etc.		
	Conseils au patient, etc.		
	Coordination des prestations		
	Contrôle des signes vitaux, etc.		
	Test simple du glucose dans le sang ou l'urine		
	Prélèvement pour examen de laboratoire		
	Mesures thérapeutiques pour la respiration, etc.		
	Pose des sondes ou de cathéters, etc.		
	Soins on cas d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale		
	Administration de médicaments, etc.		
	Administration entérale ou parentérale de solutions nutritives		
	Surveillance de perfusions, de transfusions, etc.		
	Rinçage, nettoyage et pansement de plaies, etc.		
	Soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale, etc.		
	Assistance pour des bains médicaux partiels ou complets, etc.		
	Soins destinés à la mise en œuvre au quotidien de la thérapie du médecin, etc.		
	Soutien apporté aux malades psychiques dans des situations de crise, etc.		
	Soins de base généraux pour les patients dépendants, tels que bander les jambes, etc.		
	Mesures destinées à surveiller et à soutenir des malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie, telles que la planification et la structuration de leurs journées de manière appropriée, etc.		

Annexe 4.2 Liste des prestations prévues selon le modèle interRAI HC (exemple)

Tous les fournisseurs de prestations qui travaillent avec interRAI peuvent envoyer la liste des prestations interRAI. Des informations complémentaires sur interRAI peuvent être consultées sur le site <https://www.spitex-bedarfsabklaerung.ch/>.

Müller	Doris
Nom	Prénom
Numéro d'assuré	Numéro de casr

Introduire le numéro du catalogue des prestations, compléter les colonnes « Qui » et « Edu. » Nombre, unité et temps si différent du standard ou selon besoin (s.b.) inscrit dans le catalogue des prestations.

N°	Description de la prestation (facultatif)	Qui	Edu.	Nb.	Fréqu.	Temps	Qual.	OPAS
10104	Toilette partielle au lavabo (y c. toilette intime)							c
10115	Bas / bandages de compression							c
10601	Préparer les médicaments							b
10702	Pansement moyen							b
10902	Réévaluation							a
10904	Établir plan d'intervention soins (1 ^{ère} fois)							a
10906	Bilan d'évolution de l'état de santé							a
10907	Consulter médecin au sujet de la cliente							a
10909	Conseil et instruction au client ou aux proches							a
20012	Nettoyage hebdomadaire (logement de 4 pièces)							Non
20014	Cuisine / salle de bain							

Décrire les prestations d'aide et de soins n° 10999 non listées dans la colonne 2

Décrire les prestations d'aide pratique n° 20099 non listées dans la colonne 2

Décrire les prestations de soins psychiatriques n° 10099 non listées dans la colonne 2

Besoins nets de prestations	Prestations OPAS en minutes			OPAS total	Pas OPAS
	a	b	c		
- Prestations uniques					
- Prestations périodiques					
- par jour					
- par semaine					
- par mois					
Sur toute la période de l'ordonnance (de – à)					
Adaptions en raison d'une saisie double si prestations fournies simultanément					
Total					

Qui: S = organisation d'aide et de soins à domicile / Edu = éducation / Nb = nombre

Fréqu = t2, tg3. 7 jours par semaine / s = par semaine / m = par mois / u = unique / s.b. = selon besoin

Qual. Mini = qualification minimale si possible selon les dénominations de fonction ou de formation utilisées dans la statistique de l'aide et des soins à domicile.

Annexe 5 Personnel professionnel

5 a) prestations de soins ambulatoires au sens de l'article 3, al. 4 et al. 5, let. b				
	Formation / dénomination professionnelle	Evaluation des besoins / Conseil	Soins de base	Examen, soins thérapeutiques
Degré tertiaire	Personnel infirmier avec une formation au minimum au niveau tertiaire : SIG, infirmiers de santé publique, PSY, HMP, DN II, infirmière diplômée	Oui	Oui	Oui
	DN I avec au moins 2 ans d'expérience professionnelle			
	Infirmière diplômée ES + HES			
	DN I, infirmière avec moins de deux ans d'expérience professionnelle	Non	Oui	Oui
	EP Assistant/-e spécialisé/-e en soins de longue durée et accompagnement	Non	Oui	Oui
Degré secondaire II	IAS (CC CRS)	Non	Oui	Oui
	Aide familiale CFC, ou diplômé avec module complémentaire en soins thérapeutiques	Non	Oui	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Contrôle des signes vitaux ◆ Administration de médicaments et autres mesures thérapeutiques ¹⁾
	Assistante en soins et santé communautaire (ASSC)			
	Accompagnateur pour personnes âgées	Non	Oui	Non
	Assistante socio-éducative (ASE)			
	Assistante médicale CFC (AM)	Non	Limités à de simples gestes d'assistance	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Contrôle des signes vitaux ◆ Administration de médicaments ¹⁾ ◆ Prises de sang
	Assistant santé-social (AGS)	Non	Pas de soins de base complets avec responsabilité pour le dossier	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Contrôle des signes vitaux ◆ Administration de médicaments ¹⁾
Aide-soignante Auxiliaire de santé CRS ²⁾ Aide à domicile ayant suivi un cours pour auxiliaires de santé ²⁾	Non	Pas de soins de base complets avec responsabilité pour le dossier	Non	
¹⁾ selon les dispositions en vigueur en matière de formation et l'expérience professionnelle ²⁾ reconnaissance du cours selon la procédure de reconnaissance des associations d'aide et de soins à domicile		L'équivalence des autres diplômes professionnels ainsi que des diplômes étrangers est examinée au cas par cas. Les titulaires de diplômes du degré secondaire II ou titulaires d'un DN I avec moins de 2 ans d'expérience professionnelle travaillent toujours sous la supervision, les instructions et la responsabilité d'un titulaire de diplôme du degré tertiaire.		

3 b) Soins ambulatoires au sens de l'article 4, al. 5

Dans les structures de soins de jour ou de nuit, la responsabilité générale incombe à une infirmière diplômée, présente sur place ou représentée de manière adéquate par une remplaçante.

Les parties contractantes prévoient de remanier et d'élaborer une version finale du contenu de cette annexe 4 (personnel professionnel et proches aidants) au premier semestre 2022.

Annexe 6 Accord relatif aux contrôles effectués par les assureurs-maladie

La loi impose aux assureurs de vérifier, par des procédures de contrôle, l'efficacité, l'adéquation et l'économicité des prestations facturées (art. 32 LAMal et art. 8c OPAS).

S'il ressort du contrôle réalisé par l'assureur que:

- les prestations selon l'OPAS ne sont pas déclarées
- les prestations ne sont manifestement pas à la charge de l'assurance obligatoire (ménage, accompagnement, etc.)
- les soins énumérés dans la liste des prestations prévues ont été facturés de façon forfaitaire et standardisée et non en minutes, comme le prévoit l'art. 12, al. 2, let. j de la présente convention
- la qualification du personnel employé selon l'annexe 5 de la présente convention n'est pas respectée

et si les assureurs sont en mesure d'en apporter la preuve, les prestations à fournir devront être adaptées.

Si l'examen fait apparaître que toutes les exigences susmentionnées ont été respectées, une réduction des prestations avec effet rétroactif n'est pas autorisée.

L'adaptation doit être effectuée aux moments suivants:

- en cas d'examen auprès de l'assureur (voir point 1), dans la mesure où les délais sont respectés: à compter de la date de début du mandat médical
- en cas d'examen auprès du fournisseur de prestations ou de l'assuré (voir points 2 et 3): le jour du contrôle

1. Examen auprès de l'assureur

Les assureurs procèdent aux contrôles suivants:

1.1 Examen des pièces justificatives fournies par l'organisation d'aide et de soins à domicile conformément à l'art. 8, al. 6 de la présente convention

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

- formulaire de déclaration des soins requis selon l'art. 8 de la présente convention
- facture selon l'art. 11 de la présente convention
- en annexe à la déclaration des soins requis: liste des prestations selon l'art. 7, al. 2 OPAS ou liste des prestations prévues selon le modèle interRAI (conformément à l'art. 8, al. 6, de la présente convention)

1.2 Examen des pièces justificatives demandées par l'assureur et fournies par l'organisation d'aide et de soins à domicile

1.2.1 En cas de questions concernant les pièces justificatives fournies de manière systématique, l'assureur peut, généralement dans les 15 jours ouvrables à compter de la réception des pièces et sous réserve de l'art. 42, al. 5 LAMal, exiger de l'organisation d'aide et de soins à domicile d'autres pièces justificatives pertinentes pour l'évaluation (p. ex. original de l'ordonnance médicale, évaluation des soins requis p. ex. MDS, plan de traitement, déroulement des soins, documentation des plaies, etc.).

- 1.2.2 En général, l'organisation d'aide et de soins à domicile envoie les documents à l'assureur dans un délai de 15 jours ouvrables.
- 1.2.3 A la réception des documents, l'assureur dispose généralement de 15 jours ouvrables supplémentaires pour les contrôler et informer l'organisation d'aide et de soins à domicile de sa décision. Le rapport se réfère aux documents qui ont été remis à l'assureur jusqu'à la date du contrôle.
- 1.2.4 En cas de contestation, le fournisseur de prestations et l'assureur veilleront à trouver au plus vite un règlement.

2. Examen auprès du fournisseur de prestations

L'assureur mène des contrôles ponctuels auprès du fournisseur de prestations sur la base d'une sélection de dossiers de patients ouverts.

- 2.1 L'assureur annonce sa visite de contrôle au fournisseur de prestations. Le contrôle a lieu dans les 30 jours calendaires qui suivent la date de l'annonce. A titre exceptionnel, 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 les locaux de l'organisation toute information pertinente complémentaire se rapportant aux dossiers. 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.
- 2.3 Après l'examen des documents, un entretien entre le collaborateur du fournisseur de prestations et la personne chargée du contrôle a lieu le jour même, avec communication du budget-temps actuel.
- 2.4 Une fois le contrôle effectué, l'assureur doit adresser ses conclusions par écrit au fournisseur de prestations dans un délai de 15 jours ouvrables.

3. Examen du cas auprès de l'assuré

L'assureur mène des contrôles ponctuels auprès de l'assuré dans le cadre d'une intervention de soins

- 3.1 L'assureur informe l'assuré ou ses proches du but de sa visite et convient d'un rendez-vous avec lui. La visite de contrôle peut avoir lieu au cours d'une intervention régulière du fournisseur de prestations, mais uniquement avec l'accord de l'assuré ou de ses proches. Dans ce cas, l'assureur informe au préalable le fournisseur de prestations de la visite prévue. Un accord du fournisseur de prestations n'est pas nécessaire.

Une fois la visite de contrôle effectuée, l'assureur doit adresser ses conclusions par écrit au fournisseur de prestations dans un délai de 15 jours ouvrables.