Convention tarifaire concernant les prestations accessoires

du 1er janvier 2015

concernant la

rémunération des prestations médicales accessoires (médecin, physiothérapie, ergothérapie, logopédie, conseil en nutrition et aux diabétiques, médicaments, analyses) dans le cadre des soins de longue durée en EMS

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

entre

Association bernoise des établissements médico-sociaux vbb|abems
Weihergasse 7a
3005 Berne

ci-après: **Association**

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	**Kranken- und Unfallkasse, Bezirkskrankenkasse Einsiedeln**
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 Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung AG**
9.	N° OFSP 312	**Atupri Assurance de la santé**
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 558	**KVF Krankenversicherung AG**
15.	N° OFSP 762	**Caisse maladie Kolping SA**
16.	N° OFSP 774	**Easy Sana Assurance Maladie SA**
17.	N° OFSP 780	**Genossenschaft Glarner Krankenversicherung**
18.	N° OFSP 820	**Cassa da malsauns LUMNEZIANA**

19. N° OFSP 829 **KLuG Krankenversicherung**
20. N° OFSP 881 **EGK Grundversicherungen AG**
21. N° OFSP 901 **sanavals Gesundheitskasse**
22. N° OFSP 923 **Krankenkasse SLKK**
23. N° OFSP 941 **sodalis gesundheitsgruppe**
24. N° OFSP 966 **vita surselva**
25. N° OFSP 1040 **KKV Krankenkasse Visperterminen**
26. N° OFSP 1113 **Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont**
27. N° OFSP 1142 **Krankenkasse Institut Ingenbohl**
28. N° OFSP 1318 **Krankenkasse Wädenswil**
29. N° OFSP 1322 **Krankenkasse Birchmeier**
30. N° OFSP 1331 **Krankenkasse Stoffel Mels**
31. N° OFSP 1362 **Krankenkasse Simplon**
32. N° OFSP 1384 **SWICA Krankenversicherung**
33. N° OFSP 1386 **GALENOS Kranken- und Unfallversicherung**
34. N° OFSP 1401 **rhenusana - Die Rheintaler Krankenkasse**
35. N° OFSP 1479 **Mutuel Assurances Maladie SA**
36. N° OFSP 1507 **Fondation AMB**
37. N° OFSP 1535 **Philos Assurance Maladie SA**
38. N° OFSP 1542 **Assura-Basis SA**
39. N° OFSP 1555 **Visana SA**
40. N° OFSP 1560 **Agrisano Krankenkasse AG**
41. N° OFSP 1568 **sana24 AG**
42. N° OFSP 1570 **Vivacare AG**
43. **Institution commune LAMal**
Gibelinstrasse 25, Case postale, 4503 Soleure, dans sa fonction d'institution d'entraide selon l'art. 19, al. 1 OAMal

ci-après: **les assureurs**

tous représentés par procuration par

tarifsuisse sa
Römerstrasse 20
4502 Soleure

l'association et les assureurs qualifiés ensemble de **parties au contrat**

Préambule

La présente convention règle la rémunération des prestations médicales accessoires fournies et décomptées par les EMS. Elle entre en vigueur avec effet rétroactif au 1er janvier 2015. Si les tarifs définis dans la présente convention diffèrent des prestations remboursées par les assureurs-maladies durant les années 2015, 2016 et jusqu'au 30 juin 2017, il n'y a ni remboursement par les fournisseurs de prestations aux assureurs-maladie ni paiement complémentaire des assureurs-maladie aux EMS. Demeurent réservées les contestations au cas par cas, notamment en raison de faits relevant du droit pénal.

Art. 1 Champ d'application personnel et géographique

La présente convention tarifaire s'applique pour

a) les fournisseurs de prestations (ci-après : **fournisseur de prestations**) admis en tant qu'EMS dans le canton de Berne (ci-après: **canton**) et qui ont déclaré adhérer à la présente convention (cf. l'annexe 1)

b) les assureurs contractants

c) l'association, pour autant qu'elle assume expressément elle-même des droits et des devoirs selon cette convention

c) tarifsuisse sa, pour autant qu'elle assume expressément elle-même des droits et des devoirs selon cette convention.

Art. 2 Champ d'application matériel

[1] La présente convention concerne des personnes qui sont au bénéfice d'une assurance obligatoire selon la LAMal auprès de l'un des assureurs contractants ou qui ont droit à un remboursement selon la LAMal conformément à un traité international.

[2] La présente convention règle le remboursement des prestations médicales, des prestations diagnostiques et thérapeutiques prescrites par un médecin, des analyses médicales ainsi que de la remise des médicaments prescrits par un médecin, fournies par des EMS conformément à l'art. 39, al. 3, LAMal et remises à leurs résidents.

Art. 3 Adhésion et résiliation de la convention par les fournisseurs de prestations

[1] Peuvent adhérer à la présente convention les fournisseurs de prestations qui

a) satisfont à l'art. 39, al. 3, LAMal en relation avec l'art. 39, al. 1 LAMal et
b) correspondent à la planification établie par le canton afin de couvrir les besoins en soins en EMS, conformément à l'art. 39, al. 1, let. d, LAMal et figurent sur la liste cantonale des EMS établie dans le sens de l'art. 39, al. 1, let. e, LAMal en relation avec l'art. 39, al. 3, LAMal
c) possèdent manifestement les autorisations pour la fourniture des prestations accessoires, pour autant que le canton en prévoit. Au besoin, tarifsuisse sa a le droit d'exiger du fournisseur de prestations une copie de l'autorisation correspondante.

[2] L'adhésion implique l'entière reconnaissance de cette convention et de ses annexes.

[3] Les fournisseurs qui sont membres de l'association adhèrent à la présente convention au moyen d'une déclaration d'adhésion écrite à l'association.

[4] Les fournisseurs qui ne sont pas membres de l'association adhèrent à la présente convention au moyen d'une déclaration d'adhésion écrite à l'association. La finance d'adhésion se fonde sur les dispositions de l'association.

[5] Les prestations médicales accessoires fournies et décomptées par le fournisseur de prestations par le biais de la présente convention doivent être cochées sur le formulaire d'adhésion.

[6] L'association tient une liste d'adhésion actualisée et met à la disposition de tarifsuisse sa la liste actuelle des déclarations d'adhésion et de résiliation.

[7] Au besoin, tarifsuisse sa a le droit de demander à l'association une copie du formulaire d'adhésion d'un fournisseur de prestations.

[8] Le fournisseur de prestations est tenu de déclarer spontanément à SASIS SA toute modification éventuelle de ses données d'identification (p. ex. changements de raison sociale ou d'adresse).

[9] Si l'adhésion intervient au plus tard le 31 juillet 2017, elle s'applique rétroactivement au 1er juillet 2017. Si elle intervient ultérieurement, elle s'applique au plus tôt à compter du 1er jour du mois suivant la date de réception de la communication par tarifsuisse sa.

[10] Le délai de résiliation de la présente convention est de 6 mois et la résiliation est possible pour la fin de chaque année, pour la première fois le 31 décembre 2018. Les fournisseurs de prestations qui cessent leur activité avant la fin de l'année et qui ont annulé leur numéro RCC auprès de SASIS SA pour cette raison, peuvent déclarer la résiliation de la convention par anticipation, à la date de la cessation de leur activité. Un retrait de l'autorisation cantonale d'exploiter ou la radiation de la liste cantonale des EMS est considéré comme une résiliation.

[11]Si un décompte des médicaments au moyen d'un forfait n'est plus possible à compter du 1er janvier 2018, les fournisseurs de prestations peuvent faire valoir un droit de résiliation extraordinaire de cette convention. Celui-ci peut être exercé jusqu'au 15 janvier 2018 pour le 31 décembre 2017 ou moyennant un délai de 3 mois pour la fin d'un mois civil.

[12] La résiliation est prononcée vis-à-vis de l'association, tant par les membres que par les non-membres. La résiliation doit être déclarée par écrit en communiquant le numéro RCC et en désignant expressément la présente convention tarifaire.

[13] Un changement du modèle de décompte est possible au début d'une année civile, sans résilier la convention. Le fournisseur informe l'association du changement par écrit au plus tard le 30 septembre. L'association informe tarifsuisse du changement notifié jusqu'à la mi-octobre.

Art. 4 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, avec pour conséquence qu'une nouvelle convention au contenu identique voit le jour 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-maladie contractant et l'association est valable – sous réserve de son approbation par les autorités compétentes (art. 46, al. 4, LAMal) – dès que tarifsuisse sa a communiqué à l'association le numéro OFSP ainsi que le nom et l'adresse de l'assureur accompagnés de la déclaration de conclusion de la présente convention par ce dernier. La convention basée sur le droit d'option suit le sort de la présente convention tarifaire et prend fin à la même échéance.

[3] L'exercice du droit d'option n'est valable que s'il est exercé par tarifsuisse sa qui dispose à cet effet d'une procuration du nouvel assureur contractant pour la conclusion de conventions tarifaires.

Art. 5 Conditions d'octroi des prestations

[1] Les assureurs-maladie prennent en charge les coûts des prestations médicales, diagnostiques et thérapeutiques prescrites par un médecin, des analyses médicales ainsi que de la remise des médicaments prescrits par un médecin, si le fournisseur de prestations satisfait aux conditions d'admission de la prestation correspondante respectivement citées à l'art. 3, al. 1 de la présente convention.

[2] Si les conditions selon l'a. 1 précité ne sont plus remplies pendant la durée de la présente convention, l'obligation légale d'octroyer des prestations de l'assurance obligatoire des soins s'éteint.

Art. 6 Prestations médicales

[1] Le fournisseur de prestations peut décompter des prestations médicales à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans les conditions suivantes:

a) il s'agit de prestations obligatoires selon la LAMal,
b) le fournisseur de prestations dispose dans le cadre de son autorisation d'exploiter d'une autorisation pour la fourniture de prestations médicales, pour autant que le canton en prévoit une.

[2] Le décompte s'effectue par le biais d'un forfait journalier selon l'art. 10 et l'annexe 3 de la présente convention.

[3] Si des médecins non employés par l'EMS fournissent des prestations aux résidents, ils factureront directement au fournisseur de prestations.

Art. 7 Prestations paramédicales

[1] Le fournisseur de prestations peut décompter les prestations paramédicales prescrites par un médecin, à savoir la physiothérapie, l'ergothérapie, la logopédie, le conseil diététique ou aux diabétiques à la charge de l'assurance obligatoire des soins, dans les conditions suivantes:

a) il s'agit de prestations obligatoires selon la LAMal,
b) le fournisseur de prestations dispose dans le cadre de son autorisation d'exploiter d'une autorisation pour chacune des prestations paramédicales qu'il fournit, pour autant que le canton en prévoit une.

[2] Le décompte de toutes les prestations paramédicales s'effectue par le biais d'un forfait journalier selon l'art. 10 et l'annexe 3 de la présente convention.

[3] Si des thérapeutes non employés par l'EMS fournissent des prestations aux résidents, ils factureront directement au fournisseur de prestations.

Art. 8 Médicaments

[1] Le fournisseur de prestations peut décompter les médicaments prescrits par un médecin à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans les conditions suivantes:

- il s'agit de prestations obligatoires selon la LAMal,
- le fournisseur de prestations dispose d'une autorisation cantonale habilitant à exploiter une pharmacie, pour autant que le canton en prévoit une.

[2] Le décompte s'effectue selon l'art. 10 et l'annexe 2 de la présente convention.

Art. 9 Analyses médicales

[1] Le fournisseur de prestations peut décompter les analyses médicales prescrites par un médecin à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans les conditions suivantes:

- il s'agit de prestations obligatoires selon la LAMal,
- le fournisseur de prestations dispose dans le cadre de son autorisation d'exploiter d'une autorisation pour la réalisation d'analyses médicales, pour autant que le canton en prévoit une.

[2] Le décompte s'effectue par le biais d'un forfait journalier selon l'art. 10 et l'annexe 3 de la présente convention.

[3] Les analyses réalisées par un laboratoire externe doivent être facturées au fournisseur de prestations.

Art. 10 Forfaits journaliers

[1] Les forfaits journaliers pouvant être décomptés par le fournisseur de prestations sont réglés dans les annexes 2 et 3.

[2] Chacun des forfaits facturés doit être indiqué séparément lors du décompte.

[3] Les prestations suivantes sont réglées par les forfaits, si elles ne peuvent pas être facturées séparément, selon l'al. 4:

- toutes les prestations médicales fournies en interne et en externe,
- toutes les prestations de physiothérapie, d'ergothérapie, de logopédie, de conseil diététique ou aux diabétiques fournies en interne et en externe,
- tous les médicaments remis en interne et en externe,
- toutes les analyses médicales réalisées en interne et en externe,

[4] Les prestations suivantes ne sont pas réglées par les forfaits énoncés à l'al. 1 et peuvent être facturées séparément par le fournisseur de prestations exécutant respectif.

- Examens diagnostiques ambulatoires externes (p. ex. procédés d'imagerie) et interventions chirurgicales ambulatoires
- Traitements par des spécialistes et consiliums par un spécialiste
- Traitements oncologiques: radiothérapie, médicaments spécifiques à une tumeur, anti-néoplasiques, stéroïdes en relation avec le traitement oncologique
- Médicaments relatifs au VIH
- Transports d'urgence et transferts ainsi que transports en position allongée en relation avec des examens et des interventions ambulatoires externes selon l'art. 26 OPAS.

Art. 11 Système de thérapie par pression négative V.A.C.

Des contrats existent entre les fournisseurs de ces prestations et les assureurs réglant le remboursement. Le fournisseur remet la facture directement à l'assureur. Les systèmes de traitement de plaies par pression négative ne sont pas rémunérés par le biais des forfaits journaliers selon l'art. 10 et les annexes 2 et 3.

Art. 12 Prestations SVK

Les domaines de l'alimentation artificielle, hémodialyse, dialyse péritonéale et système mécanique de ventilation à domicile sont réglés par des contrats conclus entre la SVK et les producteurs ainsi que d'autres partenaires. Ces prestations ne sont pas rémunérées par le biais des forfaits journaliers selon l'art. 10 et les annexes 2 et 3.

Art. 13 Facturation

[1] Les prestations soumises à la LAMal réglées dans la présente convention sont facturées conjointement avec le décompte des prestations de soins selon l'art. 7 OPAS sur un formulaire de facture.

[2] Les prestations sont décomptées par le biais du numéro RCC du fournisseur de prestations pour les soins de longue durée.

[3] Le débiteur de la rémunération conformément au présent contrat est l'assureur (système du tiers payant, art. 42, al. 2, LAMal). Cela vaut pour toutes les prestations obligatoires selon LAMal pour lesquelles le fournisseur de prestations est habilité à facturer.

[4] Certains assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir, en dérogation à l'al. 1, que l'assuré est le débiteur de la rémunération de la prestation (système du tiers garant). Le fournisseur de prestations communique cette information aux patients en bonne et due forme.

[5] La facturation est effectuée une fois par mois dans le respect des délais de paiement suivants:

les factures transmises électroniquement sont payables dans un délai de 25 jours, les autres dans un délai de 35 jours.

[6] La facturation concerne les prestations de l'assurance-maladie obligatoire. Les prestations non obligatoires sont facturées séparément à l'assuré.

[7] Les factures anticipées ne sont pas autorisées.

[8] Dans le système du tiers payant, le fournisseur de prestations transmet à l'assuré les informations concernant les prestations facturées et le financement.

[9] L'assureur justifie toute réclamation. En cas de réclamation, le délai de paiement est suspendu. La partie non contestée est réglée sur la base d'une nouvelle facture.

[10] Si les conditions de la suspension des prestations selon l'art. 64a, al. 7, LAMal sont réunies, l'assureur suspend la prise en charge des coûts. Les coûts seront entièrement pris en charge dès que les primes et les participations aux coûts arriérées, les intérêts moratoires et les frais de poursuite auront été intégralement payés.

[11] Si un patient change d'assureur au 30 juin, le fournisseur de prestations établit au plus tard jusqu'au 31 juillet de l'année concernée une facture intermédiaire en date du 30 juin. Au

31 décembre, le fournisseur de prestations établit en principe une facture intermédiaire au plus tard jusqu'au 31 janvier de l'année suivante.

[12] En cas de décès, la facture finale doit être établie dans un délai de 45 jours.

Art. 14 Indications sur la facture

Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures avec les indications suivantes:

a) Données de l'assuré (numéro d'assuré, numéro de carte d'assuré, numéro de sécurité sociale, nom, prénom, date de naissance, sexe).
b) Nom de l'assureur.
c) Numéro intégral de la facture du fournisseur de prestations et la date de la facture.
d) Code créancier (n° RCC) et numéro GLN/EAN du fournisseur de prestations si celui-ci est disponible.
e) Code créancier (n° RCC) du médecin prescripteur.
f) Le calendrier intégral (période et nombre de jours de soins déduction faite des jours de vacances et d'hôpital)
g) Degré d'impotence (allocation pour impotence légère/moyenne/grave), lorsqu'il est connu
h) Système d'évaluation
i) Niveau de contribution selon OPAS, montant facturé pour prestations 7 OPAS
j) Prestations médicales: forfait journalier, nombre de forfaits journaliers, montant
k) Prestations paramédicales: forfait journalier, nombre de forfaits journaliers, montant
l) Médicaments jusqu'au 31.12 2017: forfait journalier, nombre de forfaits journaliers, montant
l) Analyses médicales: forfait journalier, nombre de forfaits journaliers, montant

Art. 15 Échange électronique de données (EED)

[1] Les parties au contrat veulent que les données soient échangées par voie électronique entre les fournisseurs de prestations et les assureurs. Elles fixent pour cela les conditions-cadres (annexe 4) et veillent à ce que les exigences de la protection des données soient respectées.

[2] Des assureurs et fournisseurs de prestations individuels peuvent convenir la mise en œuvre de l'échange électronique de données (EED). Dans ce cas, les données administratives et médicales sont transmises à l'assureur avec la déclaration des soins requis, respectivement la facture. L'assureur reçoit toutes les données sous forme structurée et lisible électroniquement.

[3] L'échange électronique de données pour la déclaration des besoins et pour la facture est réglé à l'annexe 4.

Art. 16 Devoir d'informer

[1] Les fournisseurs de prestations reconnaissent qu'ils sont soumis, en vertu de la loi, à un devoir spécifique d'informer leurs patients des prestations des assureurs-maladie et, le cas échéant, des coûts non couverts par l'assurance-maladie obligatoire des soins.

[2] Le devoir d'informer s'applique en particulier à l'information relative à la réglementation légale et aux répercussions concrètes de la suspension de la prise en charge conformément à l'art. 64a, al. 7, LAMal en cas d'arriérés de primes et participations aux coûts.

[3] Il incombe au fournisseur de prestations d'informer l'organisme responsable du financement résiduel en cas de modification rétroactive de la classification de soins.

Art. 17 Approbation de la convention

La procédure d'approbation selon l'art. 46, al. 4, LAMal est engagée par tarifsuisse sa à l'issue de la signature de la convention. L'association et tarifsuisse sa supportent les frais éventuels à parts égales.

Art. 18 Conciliation

[1] Tout différend résultant de l'application du contrat doit en principe être réglé par les personnes concernées.

[2] Les fournisseurs de prestations et assureurs-maladie peuvent saisir le tribunal arbitral cantonal conformément à l'art. 89 LAMal.

Art. 19 Entrée en vigueur, durée du contrat

La présente convention entre en vigueur avec effet rétroactif au 1er janvier 2015 pour une durée indéterminée. L'approbation par l'autorité compétente selon l'art. 46, al. 4, LAMal demeure réservée.

Art. 20 Résiliation

[1] La présente convention est résiliable moyennant un préavis de 6 mois respectivement pour la fin de l'année, pour la première fois au 31 décembre 2018. La résiliation de la convention implique aussi celle de toutes ses annexes.

[2] Les assureurs-maladie parties à la convention ne constituent pas entre eux une société simple mais chaque assureur conclut la présente convention séparément en son propre nom. La présente convention ne fonde aucun droit ni devoir entre les assureurs. Une 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] À l'inverse, l'association a également la possibilité de ne résilier la convention qu'avec certains assureurs en leur adressant directement une résiliation. Dans un tel cas, l'association a également la possibilité d'adresser une telle résiliation juridiquement contraignante de manière centrale à tarifsuisse sa, à l'intention de l'assureur correspondant. La lettre de résiliation doit clairement désigner la convention faisant l'objet de la résiliation et être accompagnée d'une déclaration indiquant clairement envers quels assureurs (n° OFSP) que ladite convention est résiliée.

[4] Si l'association souhaite résilier la convention avec tous les assureurs pour lesquels tarifsuisse sa a conclu la convention, elle est autorisée à adresser la résiliation juridiquement contraignante de manière centrale à tarifsuisse sa, à l'intention des assureurs. La lettre de résiliation doit clairement désigner la convention faisant l'objet de la résiliation et être accompagnée d'une déclaration indiquant clairement que ladite convention est résiliée vis-à-vis de tous les assureurs.

Art. 21 Annexes

La présente convention comprend les annexes suivantes:

Annexe 1
Modèle de liste d'adhésion des fournisseurs de prestations

Annexe 2
Forfaits journaliers pour les médicaments (jusqu'au 31 décembre 2017)

Annexe 3
Forfaits journaliers pour les prestations médicales, les prestations paramédicales, les analyses médicales

Annexe 4
Échange électronique de données

Art. 22 Dispositions finales

La présente convention est établie et signée en triple exemplaire. Un exemplaire de la convention est destiné à l'association, un exemplaire à tarifsuisse sa et un exemplaire à l'autorité d'approbation.

Berne, le ……..

Association bernoise des établissements médico-sociaux vbb|abems

Dr Carlo Imboden
Président

Peter Keller
Directeur

Berne, le ……

Au nom des assureurs mentionnés comme parties au contrat et - en ce qui concerne les dispositions qui définissent les droits et les obligations de tarifsuisse sa - en son propre nom:

tarifsuisse sa

Dr Renato Laffranchi
Chef Achat de prestations
Membre de la direction

Marc Berger
Responsable de négociations

Annexe 1

Modèle de liste d'adhésion des fournisseurs de prestations

Numéro RCC	Numéro GLN	Nom	NPA / localité	Adhé-sion au	Forfaits journaliers				Résilia-tion le
					Médecin	Soins para-médicaux	Médicaments (jusqu'au 31.12.2017)	Ana-lyses	

Annexe 2

Remboursement des médicaments prescrits par un médecin

Art. 1 Forfait journalier pour les médicaments prescrits par un médecin

Le forfait journalier pour les médicaments prescrits par un médecin est le suivant entre l'entrée en vigueur du contrat (01.07.2017) et le 31.12.2017

Niveau de soins	Forfait journalier
1 - 3	1.95
4 – 6	4.90
7 – 9	7.80
10 – 12	10.75

Annexe 3

Convention sur les forfaits journaliers pour les prestations médicales ainsi que pour les prestations paramédicales et les analyses médicales prescrites par un médecin

à la convention tarifaire relative aux prestations accessoires

du 1er juillet 2017

entre

Association bernoise des établissements médico-sociaux vbb|abems
Weihergasse 7a
3005 Berne

ci-après: **Association**

et

44.	N° OFSP 32	**Aquilana Versicherungen**
45.	N° OFSP 57	**Moove Sympany AG**
46.	N° OFSP 62	**Supra-1846 SA**
47.	N° OFSP 134	**Kranken- und Unfallkasse, Bezirkskrankenkasse Einsiedeln**
48.	N° OFSP 182	**PROVITA Gesundheitsversicherung AG**
49.	N° OFSP 194	**Sumiswalder Krankenkasse**
50.	N° OFSP 246	**Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg**
51.	N° OFSP 290	**CONCORDIA Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung AG**
52.	N° OFSP 312	**Atupri Assurance de la santé**
53.	N° OFSP 343	**Avenir Assurance Maladie SA**
54.	N° OFSP 360	**Krankenkasse Luzerner Hinterland**
55.	N° OFSP 455	**ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG**
56.	N° OFSP 509	**Vivao Sympany AG**
57.	N° OFSP 558	**KVF Krankenversicherung AG**
58.	N° OFSP 762	**Caisse maladie Kolping SA**
59.	N° OFSP 774	**Easy Sana Assurance Maladie SA**
60.	N° OFSP 780	**Genossenschaft Glarner Krankenversicherung**
61.	N° OFSP 820	**Cassa da malsauns LUMNEZIANA**
62.	N° OFSP 829	**KLuG Krankenversicherung**
63.	N° OFSP 881	**EGK Grundversicherungen AG**
64.	N° OFSP 901	**sanavals Gesundheitskasse**
65.	N° OFSP 923	**Krankenkasse SLKK**
66.	N° OFSP 941	**sodalis gesundheitsgruppe**
67.	N° OFSP 966	**vita surselva**
68.	N° OFSP 1040	**KKV Krankenkasse Visperterminen**
69.	N° OFSP 1113	**Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont**
70.	N° OFSP 1142	**Krankenkasse Institut Ingenbohl**
71.	N° OFSP 1318	**Krankenkasse Wädenswil**
72.	N° OFSP 1322	**Krankenkasse Birchmeier**
73.	N° OFSP 1331	**Krankenkasse Stoffel Mels**
74.	N° OFSP 1362	**Krankenkasse Simplon**
75.	N° OFSP 1384	**SWICA Krankenversicherung**
76.	N° OFSP 1386	**GALENOS Kranken- und Unfallversicherung**
77.	N° OFSP 1401	**rhenusana - Die Rheintaler Krankenkasse**
78.	N° OFSP 1479	**Mutuel Assurances Maladie SA**

79. N° OFSP 1507 **Fondation AMB**
80. N° OFSP 1535 **Philos Assurance Maladie SA**
81. N° OFSP 1542 **Assura-Basis SA**
82. N° OFSP 1555 **Visana SA**
83. N° OFSP 1560 **Agrisano Krankenkasse AG**
84. N° OFSP 1568 **sana24 AG**
85. N° OFSP 1570 **Vivacare AG**
86. **Institution commune LAMal**
Gibelinstrasse 25, Case postale, 4503 Soleure, dans sa fonction d'institution d'entraide selon l'art. 19, al. 1 OAMal

ci-après: **les assureurs**

tous représentés par procuration par

tarifsuisse sa
Römerstrasse 20
4502 Soleure

l'association et les assureurs qualifiés ensemble de **parties au contrat**

Art. 1 Forfaits journaliers

À compter du 1er juillet 2017, les forfaits journaliers selon l'art. 10 de la convention tarifaire sont les suivants:

Niveau de soins	Prestations médicales	Prestations paramédicales	Analyses médicales
1 - 3	1.45	1.35	0.25
4 - 6	3.60	3.40	0.70
7 – 9	5.75	5.45	1.10
10 - 12	7.90	7.45	1.50

Art. 2 Résiliation / durée du contrat

La présente annexe au contrat est conclue pour une durée indéterminée. Elle peut être résiliée indépendamment de la convention tarifaire; les dispositions relatives à la résiliation de la convention tarifaire s'appliquent par analogie.

Berne, le ……..

Association bernoise des établissements médico-sociaux vbb|abems

Dr Carlo Imboden
Président

Peter Keller
Directeur

Soleure, le ……

Au nom des assureurs mentionnés comme parties au contrat et - en ce qui concerne les dispositions qui définissent les droits et les obligations de tarifsuisse sa - en son propre nom:

tarifsuisse sa

Dr Renato Laffranchi
Chef Achat de prestations
Membre de la direction

Marc Berger
Responsable de négociations

Annexe 4

Échange électronique de données

1. Les normes actuelles (actuellement XML 4.4) et les lignes directrices définies dans le concept spécialisé eKARUS s'appliquent à l'échange électronique de données.

2. Dans le cadre de l'échange électronique de données, la transmission des données détaillées inhérentes à la déclaration des besoins comprend les éléments suivants:

a) Données de l'assuré (numéro d'assuré, numéro de carte d'assuré, numéro de sécurité sociale, nom, prénom, date de naissance, sexe)
b) Indication s'il s'agit de maladie, d'accident ou d'invalidité, lorsque l'information est disponible
c) Nom de l'assureur
d) Numéro du registre des codes-créanciers (N° RCC) et numéro GLN/EAN du fournisseur de prestations
e) Degré d'impotence (allocation pour impotence légère/moyenne/grave), lorsqu'il est connu
f) Durée de validité de l'ordonnance médicale (du … au …)
g) Système d'évaluation
h) RAI: désignation du groupe de coûts (RUG's)
i) BESA: groupe de prestations 5-10 y compris points et niveau de contribution (CP 2005); paquet de mesures 1-6 (CP 2010)
j) PLAISIR: données avec et sans CSB
k) Supplément coûts de soins (eKARUS): attribut et domaine de valeurs par système
l) Niveau de contribution selon OPAS
m) Nom, numéro du registre des codes-créanciers (N° RCC) et numéro GLN/EAN du médecin prescripteur
n) Indication s'il s'agit d'une première classification ou d'une classification ultérieure

3. Dans le cadre de l'échange électronique de données, la transmission des données détaillées inhérentes à la facture comprend les éléments suivants:

a) Données de l'assuré (numéro d'assuré, numéro de carte d'assuré, numéro de sécurité sociale, nom, prénom, date de naissance, sexe)
b) Nom de l'assureur
c) Numéro intégral de la facture du fournisseur de prestations et la date de la facture
d) Numéro du registre des codes-créanciers (N° RCC) et numéro GLN/EAN du fournisseur de prestations
e) Numéro du registre des codes-créanciers (N° RCC) et numéro GLN/EAN du médecin prescripteur
f) Le calendrier intégral (période et nombre de jours de soins déduction faite des jours de vacances et d'hôpital)
g) Degré d'impotence (allocation pour impotence légère/moyenne/grave), lorsqu'il est connu
h) Système d'évaluation
i) Niveau de contribution selon OPAS, montant facturé pour OPAS 7 prestations (y c. chiffres du tarif)
j) RAI: désignation du groupe de coûts (RUG's)
k) BESA: groupe de prestations 5-10 (CP 2005 y compris points et niveau de contribution); paquet de mesures 1-6 (CP 2010)
l) PLAISIR: domaines de valeurs
m) Supplément coûts de soins (eKARUS): attribut et domaine de valeurs par système
n) Total minutes de soins fournies par jour et niveau de contribution selon OPAS, montant facturé pour OPAS 7 prestations (y c. chiffres du tarif)
o) Prestations annexes