

## Convention administrative AOS

N° de contrat : IP-210.263

Valable à partir du 01.01.2024

entre

**ARTISET** avec son association de branche CURAVIVA  
Zieglerstrasse 53  
3007 Berne

et

**senesuisse**  
Bahnhofplatz 2  
3011 Berne

(ci-après **les associations**)

et

**CSS Assurance-maladie SA**  
Tribtschenstrasse 21  
6002 Lucerne

(ci-après **CSS ou assureur**)

ci-après désignées ensemble « **parties à la convention** »

concernant

**la rémunération des prestations obligatoires LAMal dans les soins stationnaires de longue durée en EMS et en structures de jour et de nuit ainsi que la réglementation administrative des prestations annexes**

---

(Toutes les désignations de personnes s'appliquent aux deux sexes).

## **Parties à la convention**

Les parties à la présente convention sont ARTISET avec son association de branche Curaviva, et senesuisse ci-après dénommées « associations » ainsi que la CSS Assurance-maladie SA ci-après dénommée « CSS » ou « assureur ».

### **1. Adhésion et retrait de la convention par les fournisseurs de prestations**

- 1.1. Peuvent adhérer à la présente convention les fournisseurs de prestations qui remplissent les conditions énoncées aux chiffres 2.3 ou 2.4 ci-après.
- 1.2. La procédure d'adhésion pour les nouvelles adhésions est régie par les directives des associations cantonales/des associations.
- 1.3. Pour les fournisseurs de prestations qui étaient adhérents jusqu'au 31.12.2023 à la convention administrative précédente passée avec la CSS, la disposition transitoire selon le chiffre 13 de la présente convention est applicable.
- 1.4. Les fournisseurs de prestations adhérents reprennent sans réserve toutes les dispositions de la présente convention et de ses annexes.
- 1.5. L'association (cantonale) informe la CSS, par e-mail : [tarifvertraege@css.ch](mailto:tarifvertraege@css.ch), de tout changement. En outre, l'association (cantonale) envoie au moins une fois par an une liste complète selon l'annexe 3.
- 1.6. Les fournisseurs de prestations qui ne sont pas membres des associations peuvent adhérer à la convention. La procédure (p.ex. frais d'adhésion, etc.) est régie par les conditions des associations.
- 1.7. Les fournisseurs de prestations individuels peuvent se retirer de la convention en respectant un délai de six mois, à la fin de chaque année pour la première fois au 31.12.2024. La déclaration de résiliation doit être adressée par écrit à la CSS par l'intermédiaire de l'association contractante. La convention reste intégralement applicable pour les autres fournisseurs de prestations.
- 1.8. Un prestataire adhérent à la présente convention est appelé ci-après « fournisseur de prestations ».

### **2. Champ d'application et étendue des prestations**

- 2.1. Cette convention règle le déroulement administratif selon l'art. 25a, al. 1 de la LAMal dans les établissements médico-sociaux et pour d'autres prestations soumises à la LAMal, pour lesquelles les conditions légales sont remplies pour les fournisseurs de prestations.
- 2.2. Il est valable pour les assurés ayant droit aux prestations et disposant d'une assurance obligatoire des soins (AOS) auprès de la CSS.
- 2.3. Le fournisseur de prestations doit remplir les conditions d'admission prévues à l'art. 39, al. 3 LAMal.
- 2.4. Les conditions suivantes s'appliquent aux fournisseurs de prestations pour le déploiement des prestations dans les structures de jour et de nuit :
  - a. une autorisation spéciale pour les structures de jour ou de nuit, lorsque le canton le prévoit
  - b. un mandat de prestations pour les structures de jour ou de nuit, lorsque le canton le prévoit
  - c. un numéro de registre des codes créanciers (n° RCC) distinct pour les structures de jour ou de nuit.
- 2.5. Si les conditions prévues sous chiffre 2.3 ne sont plus remplies pendant la durée de validité de la convention, l'obligation légale de prise en charge de l'AOS échoit dès ce moment.

### **3. Obligations du fournisseur de prestations et de l'assureur**

- 3.1. Toute correspondance entre les parties doit mentionner
  - Données de la personne assurée : nom, prénom, adresse, date de naissance, numéro d'assuré et/ou numéro de sécurité sociale
  - Désignation de l'assureur
  - Données du fournisseur de prestations : numéro RCC, GLN
- 3.2. Dans le cadre de l'échange électronique de données, il est possible de définir d'autres informations qui doivent être indiquées ou transmises, pour autant qu'elles soient conformes aux exigences légales.
- 3.3. Le fournisseur de prestations est tenu d'informer ses résidents sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins et notamment sur les frais non couverts par celle-ci.
- 3.4. La CSS n'est tenue d'allouer des prestations que dans la mesure où d'autres assureurs ne doivent pas prendre en charge les coûts concernés selon la LAA, la LAI et la LAM. L'obligation d'avancer les prestations selon les dispositions légales (art. 70 LPG) prime sur cet accord contractuel.

### **4. Contributions selon les art. 7 ss. OPAS**

- 4.1. Sont déterminantes les contributions selon l'art. 7a, al. 3 et al. 4 OPAS, conformément à la déclaration des besoins.
- 4.2. Avec le versement du montant selon l'art. 7a OPAS pour des prestations selon l'art. 7 OPAS, l'assureur a rempli ses obligations.
- 4.3. Pour les assurés pour lesquels des prestations de soins aigus et de transition ou des séjours hospitaliers sont facturés, aucune prestation de soins au sens de l'art. 7a, al. 3 OPAS ne peut être facturée en même temps.
- 4.4. Les jours d'entrée et de sortie sont considérés comme des journées de soins entières dans le cadre des soins stationnaires.
- 4.5. Les prestations non indemnisées par la contribution selon l'art. 7a OPAS sont énumérées à l'annexe 1.

### **5. Prescription médicale, évaluation des besoins, facturation et rémunération**

- 5.1. Prescription médicale, évaluation des besoins
  - 5.1.1. L'acquisition de prestations de soins dans les établissements médico-sociaux requiert une prescription médicale selon l'art. 8 OPAS et une évaluation des besoins en soins selon les art. 8a et 8b OPAS.
  - 5.1.2. Dans le cadre des directives cantonales, les fournisseurs de prestations sont libres de choisir l'instrument reconnu d'évaluation des besoins. Un changement d'instrument d'évaluation des besoins peut toujours avoir lieu pour le début d'un mois. Il doit être communiqué par écrit aux parties contractantes au moins 30 jours avant le changement.
  - 5.1.3. La responsabilité de la saisie de l'évaluation des besoins incombe à des infirmiers/infirmières formés au système et de niveau tertiaire.
  - 5.1.4. Le résultat de l'évaluation des besoins selon l'art. 8a OPAS doit être consigné avec le médecin sur le formulaire de déclaration des besoins.
  - 5.1.5. Les délais pour l'évaluation des besoins et la classification sont régis par les règles des instruments d'évaluation des besoins.
  - 5.1.6. Les conditions prévues aux articles 8a et 8b de l'OPAS s'appliquent à l'évaluation des besoins et à la classification.
- 5.2. Déclaration des besoins aux assureurs

- 5.2.1. La déclaration des besoins se fait au moyen du formulaire de l'instrument de soins requis, dûment rempli et signé.
- 5.2.2. La déclaration des besoins peut également être transmise à la CSS par voie électronique selon les standards en vigueur du Forum Datenaustausch. En l'absence de possibilité de signature électronique, le fournisseur de prestations est tenu de conserver la déclaration des besoins signée par le médecin conformément aux dispositions légales et de la présenter à l'assureur en cas de besoin.
- 5.2.3. Le fournisseur de prestations communique le besoin en soins à la CSS au plus tard avec la première facture.
- 5.2.4. Si la CSS ne fait pas opposition dans les 10 jours ouvrables à compter de la réception de la communication, l'obligation d'allouer des prestations est considérée comme acquise, sous réserve du principe de l'art. 32 LAMal (efficacité, adéquation et caractère économique).
- 5.2.5. La déclaration des besoins contient les informations suivantes :
  - Données personnelles et données de l'assuré (nom / prénom / date de naissance / adresse / numéro d'assuré et/ou numéro de sécurité sociale)
  - Début, durée de validité de la prescription médicale
  - N° RCC, GLN, nom et signature du fournisseur de prestations
  - N° RCC, GLN, nom et signature du médecin prescripteur
  - Raison du traitement maladie ou accident
  - Nom de l'assureur
  - Indication des autres institutions d'assurance concernées, telles que l'AI, l'AM, l'AA, si elles sont connues
  - Degré de soins / niveau de contribution selon l'art. 7a, al. 3 OPAS
  - Instrument d'évaluation des besoins (pour RAI avec groupe de charges, pour BESA avec groupes de prestations, y compris points et niveau de contribution ou paquets de mesures 1-6, pour PLAISIR avec profil bio-psycho-social, y compris 2<sup>ème</sup> page)
  - Degré d'impotence (faible/moyenne/grave), si connu
- 5.3. Modifications des besoins en soins
  - 5.3.1. En cas de modification significative du besoin en soins ayant une incidence sur le degré, une nouvelle évaluation des besoins et une nouvelle classification sont effectuées.
  - 5.3.2. Les modifications de la classification par le fournisseur de prestations entrent en vigueur le jour de l'achèvement de l'évaluation des besoins (date dans le système informatique). Dans tous les cas, la modification doit être signalée à la CSS au plus tard avec la facture suivante au moyen de la déclaration des besoins.
  - 5.3.3. Au retour de l'hôpital, le changement de classification peut être facturé à partir du premier jour de la réadmission dans l'établissement médico-social. Dans tous les cas, la modification doit être signalée à la CSS au plus tard avec la facture suivante au moyen de la déclaration des besoins. D'autres classifications rétroactives ne sont pas possibles (à l'exception des directives de l'instrument d'évaluation des besoins).
  - 5.3.4. En cas de reclassement par des contrôles de la CSS, les réglementations selon l'annexe 2 sont applicables.
  - 5.3.5. Si, lors du processus de contrôle EAE, des différences importantes apparaissent entre la planification des soins / le rapport de soins et l'évaluation des besoins en soins / la classification, les dispositions de l'annexe 2 s'appliquent.
- 5.4. Facturation
  - 5.4.1. La facturation se fait par voie électronique.
  - 5.4.2. Si, en dérogation au chiffre 5.4.1, certains fournisseurs de prestations ne peuvent pas procéder à l'échange de données par voie électronique, les formulaires de facture et

autres documents doivent être transmis sous forme papier (formulaire de facture selon la norme Forum Datenaustausch).

- 5.4.3. La facturation est mensuelle, et s'effectue à la fin du mois suivant la prestation fournie.
  - 5.4.4. Pour les traitements qui se poursuivent au-delà de la fin de l'année, un décompte intermédiaire doit être établi au 31.12. Si un assuré change d'assureur au 30.6, le fournisseur de prestations établit, à la demande de l'assureur, un décompte intermédiaire au 30.6 au plus tard le 15.8 de l'année civile.
  - 5.4.5. Le fournisseur de prestations s'engage à transmettre la facture conformément aux normes et directives du Forum Datenaustausch dans le cadre des dispositions légales.
  - 5.4.6. Le « Guide de facturation des prestations de soins »" (<https://www.sasis.ch>) sert d'aide à la mise en œuvre concrète de la facturation.
  - 5.4.7. La facture contient les informations suivantes :
    - Date et numéro de la facture
    - Données de l'assuré (nom / prénom / date de naissance / adresse / numéro d'assuré et, si disponible, numéro de sécurité sociale)
    - Nom de l'assureur
    - N° RCC, GLN et nom du fournisseur de prestations
    - N° RCC, GLN et nom du médecin prescripteur
    - Calendrier complet (période et nombre de jours de soins moins les jours de vacances et d'hospitalisation)
    - Degré de soins / niveau de contribution, montant de la facture pour les prestations selon l'art. 7 OPAS
    - Calendrier des prestations annexes (les détails pour le décompte sont réglés dans l'annexe 1)
    - Type de tarif (code tarifaire)
    - Numéro tarifaire (numéro de position, position tarifaire)
  - 5.4.8. La facturation et la transmission des données pertinentes pour le décompte à la CSS sont effectuées à titre gratuit.
- 5.5. Rémunération
- 5.5.1. Les parties contractantes conviennent que la CSS est débitrice de la rémunération (système du tiers payant).
  - 5.5.2. En dérogation au chiffre 5.5.1, le fournisseur de prestations individuel peut choisir que la personne assurée soit redevable du paiement de la prestation (système du tiers garant). Le fournisseur de prestations en informe la personne de manière appropriée. Le choix doit être effectué lors de l'adhésion à la convention et peut être modifié avec effet au début de chaque année civile - en respectant un délai de préavis de 6 mois.
  - 5.5.3. La CSS rembourse au fournisseur de prestations les coûts de ses prestations sur la base des contributions OPAS et du niveau de soins requis annoncé.
  - 5.5.4. Seules les factures conformes à la convention et à la loi sont remboursées par la CSS. Dans le cas contraire, la CSS demande au fournisseur de prestations d'établir une facture conforme à la convention et à la loi.
  - 5.5.5. La CSS paie au fournisseur de prestations la rémunération due dans les 30 jours.
  - 5.5.6. Le délai est valable à partir du moment où la CSS dispose ou aurait pu disposer de tous les documents nécessaires à la vérification des factures conformes à la convention et à la loi.
  - 5.5.7. Les intérêts moratoires ne sont pas dus.
  - 5.5.8. En cas de contestations justifiées, le délai de paiement selon chiffre 5.5.5 est interrompu. Le fournisseur de prestations peut établir une nouvelle facture avec les prestations non contestées.

5.5.9. Les fournisseurs de prestations ne facturent à la CSS que les prestations obligatoires mentionnées dans la présente convention.

## **6. Economicité et garantie de la qualité, réalisation des contrôles**

- 6.1. Le fournisseur de prestations s'engage à fournir les prestations de manière efficace, appropriée et économique (art. 32 LAMal et art. 56 LAMal).
- 6.2. Les assureurs ont le mandat légal de vérifier l'obligation de prise en charge et le caractère économique (EAE) des prestations facturées. La procédure concernant le contrôle EAE dans le cadre de l'art. 32 LAMal est convenue et réglée en détail dans l'annexe 2.
- 6.3. Les associations de fournisseurs de prestations et d'assureurs concluent des conventions sur le développement de la qualité valables pour toute la Suisse (art. 58a, al. 1, LAMal).
- 6.4. La mise en œuvre des contrôles d'économicité selon l'art. 56 LAMal ne fait pas l'objet de la présente convention.

## **7. Validité de la version linguistique**

La présente convention est rédigée et signée en langue allemande. La convention est traduite en français et en italien. En cas de divergences éventuelles, la version en langue allemande fait foi de manière définitive.

## **8. Début, durée et résiliation de la convention**

- 8.1. La présente convention entre en vigueur le 01.01.2024 et est valable pour une durée indéterminée.
- 8.2. La convention peut être résiliée par chacune des parties avec un préavis de 6 mois, à la fin de chaque année civile, pour la première fois au 31 décembre 2025.
- 8.3. La présente convention administrative remplace tous les contrats ou conventions ayant le même objet de réglementation pour les fournisseurs de prestations, assureurs et associations soumis à cette convention. La convention administrative passée entre Curaviva Suisse, senesuisse et CSS - numéro de contrat IP-202.710, valable à partir du 01.07.2019 - est ainsi remplacée.

## **9. Annexes à la convention**

Les annexes suivantes font partie intégrante de la présente convention et ne peuvent pas être résiliées en tant que telles.

Annexe 1	Prestations supplémentaires facturables
Annexe 2	Convention sur les contrôles des assureurs-maladie
Annexe 3	Consignes pour la liste des adhésions et des retraits

## **10. Réserve de l'écrit**

Toutes les modifications et tous les ajouts à la présente convention ou à ses annexes doivent être faits par écrit et être signés par les parties contractantes de manière à les lier juridiquement.

## **11. Clause salvatrice**

Si les circonstances à l'origine de la présente convention devaient changer ou si l'une ou l'autre des dispositions 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 circonstances ou de remplacer la disposition caduque ou partiellement caduque par une autre, afin que l'objectif visé par la convention puisse être atteint de manière juridiquement viable.

## **12. Droit applicable / Instance de conciliation**

- 12.1. Les litiges entre la CSS et un fournisseur de prestations doivent en principe être réglés directement par les personnes concernées. S'ils n'y parviennent pas, les fournisseurs de prestations peuvent s'adresser à leur association nationale afin que les parties contractantes prennent les mesures appropriées pour résoudre le conflit.
- 12.2. Dans les cas individuels graves ou en cas d'accumulation de problèmes similaires, les parties contractantes se rencontrent pour résoudre le conflit.
- 12.3. Le droit applicable est le droit suisse.
- 12.4. La procédure en cas de litige est régie par l'art. 89 LAMal.

### **13. Dispositions transitoires**

La présente convention déploie pleinement ses effets pour les fournisseurs de prestations qui avaient adhéré à la précédente convention administrative avec la CSS (numéro de convention IP-202.710). Les fournisseurs de prestations qui ne le souhaitent pas doivent annoncer leur retrait par écrit à leur association dans les 90 jours suivant l'entrée en vigueur de cette nouvelle convention.

### **14. Disposition finale**

La présente convention est établie et signée en trois exemplaires. Un exemplaire de la convention est destiné à chacune des parties contractantes.

[La page suivante est la page de signature].

**ARTISET avec son association de branche CURAVIVA**

Marco Borsotti  
Président de CURAVIVA  
Membre du comité directeur ARTISET

Christina Zweifel  
Directrice de CURAVIVA  
Membre de la direction ARTISET

Berne,

**Senesuisse**

Oliver Hofmann  
Vice-président

Christian Streit  
Directeur général

Lucerne,

**CSS Assurance-maladie SA**

Sanjay Singh  
Chef de la division Prestations, Produits &  
Health Services du Groupe  
Membre de la direction générale du groupe

Luca Emmanuele  
Chef Gestion des achats Prestations  
Membre de la direction

## Annexe 1 - Prestations supplémentaires facturables

1. En complément, c'est-à-dire en plus des contributions des assureurs pour les prestations de soins selon l'art. 7 OPAS, peuvent être facturés les moyens et appareils selon l'annexe 2 OPAS, ainsi que les médicaments pour lesquels le fournisseur de prestations dispose d'une autorisation cantonale correspondante selon la LAMal/l'OAMal. La facturation s'effectue conformément aux dispositions légales ou aux conventions tarifaires.
2. Les prestations énumérées au chiffre 1, pour lesquelles les autorités fédérales compétentes ont établi des listes (liste des spécialités, liste des moyens et appareils), doivent être facturées comme des prestations individuelles.
3. Selon l'art. 56, al. 3 LAMal, le fournisseur de prestations doit répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'un autre fournisseur de prestations travaillant pour son compte lui accorde.
4. Les règles suivantes s'appliquent aux domaines de prestations suivants :
  - **Liste des moyens et appareils (LiMA)** selon l'annexe 2 OPAS et dans le cadre de l'art. 20 al. 1 let. b OPAS.
    - a) La CSS prend en charge les coûts exclusivement pour les moyens et appareils prescrits par un médecin. L'ordonnance est envoyée à la CSS au plus tard avec la première facture.
    - b) Il est obligatoire d'indiquer sur la facture
      - Tarif 454 - prix de revient effectif jusqu'au maximum du « montant maximal de rémunération (MMR) soins »
      - Numéro de position LiMA complet
      - Nom du produit
      - Indication de la quantité selon la LiMA et non selon le fabricant (p. ex. non-tissé par pièce et non un set de 5 pièces)
    - c) Les limitations de la LiMA doivent être respectées (p. ex. la LiMA "catégorie A" ne peut pas être facturée). Pour les produits LiMA avec des limites de prix par année, les produits effectivement achetés doivent être facturés.
    - d) Si le prix d'un produit dépasse celui des soins MMR, la part excédentaire peut être facturée directement à la personne assurée, mais pas à l'assureur.
    - e) Si des moyens et appareils sont livrés et facturés par un centre de remise aux résidents du fournisseur de prestations, le MMR soins s'applique à ces derniers (art. 24 al. 2 let. a OPAS). Le centre de remise doit impérativement remplir les conditions d'admission selon l'art. 55 OAMal.
  - **Médicaments prescrits par un médecin** selon la liste des spécialités (LS)
    - a) L'ordonnance médicale peut être demandée par la CSS au fournisseur de prestations.
    - b) Il est obligatoire d'indiquer sur la facture
      - Tarif 400 et Pharmacode ou tarif 402 et GTIN
      - Nom du médicament
      - Indication de la quantité de médicament délivrée (indiquer le nombre d'emballages et non le nombre de comprimés)
      - Pour chaque GTIN, le médicament ne doit être mentionné qu'une seule fois par facture.
5. Cette liste est exhaustive. Aucune prestation supplémentaire ne peut être facturée.

## **Annexe 2 - Accord sur les contrôles des assureurs-maladie**

Les assureurs ont le mandat légal de vérifier l'efficacité, l'adéquation et l'économicité (EAE) des prestations facturées, au moyen de procédures de contrôle (conformément aux art. 32 LAMal et 8c OPAS).

Si le contrôle est effectué par une entreprise mandatée à cet effet (ci-après dénommés "prestataires de services tiers / intermédiaires mandatés par elle"), les mêmes principes s'appliquent que pour un contrôle que la CSS effectue elle-même.

La CSS prend le premier contact (p. ex. demande écrite de documents) et définit un interlocuteur compétent chez elle.

Si le contrôle concerne plusieurs dossiers du même fournisseur de prestations, il est possible de convenir d'un contrôle sur place chez le fournisseur de prestations.

La CSS garantit, dans la mesure de ses possibilités, la sécurité et la protection des données lorsqu'elle fait appel à des auxiliaires / prestataires tiers. Chez ces derniers, il ne doit pas y avoir de collecte générale de données avec utilisation statistique, mais les données collectées sont rendues anonymes et détruites après la fin du travail chez les auxiliaires / prestataires tiers.

Si le contrôle de la CSS (ou des prestataires tiers / intermédiaires qu'elle a mandatés) révèle que les critères EAE n'ont pas été respectés pour les prestations facturées et qu'elle peut le justifier sur le plan technique, les classifications effectuées doivent être adaptées. S'il s'agit d'erreurs systématiques, les contrôles auprès du fournisseur de prestations concerné peuvent être étendus.

Moment de l'adaptation :

- lors de l'examen auprès de la CSS (ou des prestataires de services tiers / intermédiaires mandatés par elle) (cf. chiffre 1 de la présente annexe), pour autant que les délais aient été respectés : à partir du jour où l'assureur communique le résultat.
- en cas de contrôle chez le fournisseur de prestations (cf. chiffre 2 de la présente annexe) : à partir du jour du contrôle.

Les adaptations rétroactives restent limitées aux cas particuliers dans lesquels la CSS (ou les prestataires de services tiers / intermédiaires qu'elle a mandatés) peut prouver et justifier, après examen, des infractions graves des fournisseurs de prestations aux critères EAE.

Les documents suivants sont mis à disposition par le fournisseur de prestations sur demande de la CSS (ou des prestataires de services tiers / intermédiaires mandatés par elle) pour l'examen (la liste n'est pas exhaustive) :

- Protocole des prestations saisies (BESA) / MDS et résumé d'évaluation (RAI/RUG) / Profil bio-psycho-social (y compris 2e page) (Plaisir)
- prescription médicale
- Rapport de soins / Rapport d'évolution
- Feuille de médicaments / feuille d'ordonnance
- Plan de traitement
- Protocole de plaie
- Plan d'entraînement.

Les personnes de contact dans l'EMS et les personnes de contrôle de la CSS (ou des prestataires de services tiers / intermédiaires mandatés par elle) sont des spécialistes de formation tertiaire et sont formés aux systèmes de saisie des besoins.

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

La CSS effectue les contrôles suivants :

- 1.1 Examen des documents remis par le fournisseur de prestations conformément au chiffre 5 de la convention.

- Annonce des besoins selon chiffre 5.2 de la convention
  - Facture selon chiffre 5.4 de la convention.
- 1.2 Examen auprès de l'assureur des documents demandés par la CSS (ou par des prestataires de services tiers / intermédiaires mandatés par elle) et remis par le fournisseur de prestations.
- 1.2.1 En cas de doute sur les documents remis systématiquement, la CSS (ou les prestataires de services tiers / intermédiaires mandatés par elle) peut, en tenant compte de l'art. 42 al. 5 LAMal, demander au fournisseur de prestations d'autres documents importants pour l'évaluation
- 1.2.2 En règle générale, le fournisseur de prestations envoie dans les 15 jours ouvrables le dossier de soins complet à la CSS ( ou à un prestataire de services tiers / intermédiaire mandaté par elle) .
- 1.2.3 Après réception des documents, la CSS (ou les prestataires de services tiers / intermédiaires mandatés par elle) dispose en règle générale de 15 jours ouvrables supplémentaires pour les examiner et informer le fournisseur de prestations de sa décision. Le rapport se réfère aux documents qui ont été envoyés à la CSS (ou aux prestataires de services tiers / intermédiaires mandatés par elle) jusqu'au moment du contrôle.
- 1.2.4 En cas de contestation, le fournisseur de prestations et la CSS (ou les prestataires de services tiers / intermédiaires mandatés par elle) s'efforcent de manière coopérative de trouver une solution / un règlement rapide.

## **2. Examen chez le fournisseur de prestations**

La CSS effectue des contrôles sur la base de dossiers de patients ouverts sélectionnés chez le fournisseur de prestations.

- 2.1 La CSS (ou les prestataires de services tiers / intermédiaires qu'elle a mandatés) annonce la visite de contrôle chez le fournisseur de prestations. Le contrôle est effectué dans les 30 jours civils suivant l'annonce. Dans des cas exceptionnels, il est possible de déroger à ce délai d'un commun accord.
- 2.2 En tenant compte de l'art. 42 al. 5 LAMal ainsi que du principe de proportionnalité, le fournisseur de prestations met à la disposition de la personne chargée du contrôle de la CSS (ou des prestataires de services tiers / intermédiaires mandatés par elle) toutes les informations pertinentes concernant les dossiers demandés dans ses locaux pour consultation. Le fournisseur de prestations s'assure qu'un spécialiste qualifié connaissant les dossiers est à la disposition de la personne chargée du contrôle pour répondre à d'éventuelles questions.
- 2.3 Pour prendre sa décision, le contrôleur tient compte de tous les documents qui lui sont soumis pour vérification, des renseignements fournis par les soignants et, si nécessaire, de ses propres observations auprès de la personne assurée. La décision finale se fonde sur les documents disponibles au moment du contrôle. Les documents remis ultérieurement ne sont pas pris en compte. La personne chargée du contrôle peut, si nécessaire, procéder ou faire procéder à sa propre classification. La personne responsable des soins a la possibilité de prendre position sur la décision de la personne chargée du contrôle.
- 2.4 Après cet examen, un échange oral, portant y compris sur la classification actuelle, a lieu le même jour entre le spécialiste du fournisseur de prestations et la personne de contrôle de la CSS (ou le prestataire de services tiers / l'intermédiaire mandaté par elle).
- 2.5 Une fois le contrôle effectué, le fournisseur de prestations reçoit dans les 15 jours ouvrables une réponse écrite de la CSS (ou du prestataire de services tiers / de l'intermédiaire mandaté par elle).

### Annexe 3 - Modèle de liste des adhésions et des retraits

Il convient de tenir compte de l'adhésion et du retrait des fournisseurs de prestations conformément au chiffre1 ainsi que des dispositions transitoires du chiffre 13.

La liste d'adhésion contient obligatoirement les informations suivantes et se présente sous le format Excel :

Ort	Name Institution	ZSR.Nr.	GLN	Bedarfsermittlung	Datum Beitritt	Datum Mutation	Datum Rücktritt
Berlingen	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	A123420	76010021123456	BESA LK 2020	01.01.2022		
Frauenfeld	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	B345620	76010021345678	RAI/RUG Index 2016	01.01.2022		
Münchwilen	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	C456720	76010021456789	RAI/RUG Index 2016	01.02.2022		
		ZSR-Nummer zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerschläge und Punkte	GLN zwingend unformatiert, d.h. ohne Leerschläge	Bedarfsermittlungssystem inkl. Angabe Version	Sortierung nach Beitrittsdatum (neuester Beitritt zuletzt)		

Les adhésions doivent impérativement être triées par date d'adhésion (la plus récente en dernier). Les nouvelles adhésions, les mutations ou les démissions doivent être marquées en couleur.