
Convention tarifaire

entre

Société Vaudoise de Médecine (SVM)
Chemin de Mornex 38
1002 Lausanne

ci-après nommée «**Société de Médecine**»

et

Communauté d'achat HSK SA, Zürichstrasse 130, 8600 Dübendorf

ci-après nommée «**HSK**»

(**Adresse postale:** Communauté d'achat HSK SA, Case postale, 8081 Zurich)

– appelées collectivement «**parties à la convention**» –

concernant

Rémunération des prestations médicales ambulatoires dans le cadre de la pratique médicale des caisses d'assurance maladie obligatoire selon la LAMal

Valable à partir du **01.01.2022**

Sommaire

Art. 1	Parties à la convention	4
Art. 2	Adhésion et retrait à la convention par les assureurs	4
Art. 3	Adhésion et retrait à la convention par les médecins ou médecins travaillant dans des institutions.....	4
Art. 4	Champ d'application et étendue des prestations	5
Art. 5	Obligations du fournisseur de prestations et de l'assureur	6
Art. 5.1	Obligations du fournisseur de prestations	6
Art. 5.2	Obligations de l'assureur	6
Art. 6	GLN / Numéro de registre des codes-créanciers	6
Art. 7	Commission paritaire de confiance (CPC).....	6
Art. 8	Exclusion de certains fournisseurs de prestations	7
Art. 9	Travail sur mandat / libre choix du médecin.....	7
Art. 10	Économicité et assurance qualité	7
Art. 11	Valeur du point tarifaire	8
Art. 12	Structure tarifaire	8
Art. 13	Facturation et remboursement (art. 42 LAMal).....	8
Art. 14	Traitement et protection des données.....	9
Art. 15	Déclaration de cession ou reprise des dettes	9
Art. 16	Sanction en cas de violation de la convention	9
Art. 17	Divergences d'opinions et questions d'interprétation	10
Art. 18	Reporting	10
Art. 19	Début, durée et résiliation de la convention	10
Art. 20	Approbation	11
Art. 21	Annexes à la convention.....	11
Art. 22	Réserve de la forme écrite	11
Art. 23	Clause salvatrice	11
Art. 24	Droit applicable / voie judiciaire	11
Art. 25	Dispositions finales	12



Annexe 1 -	Assureurs adhérents	15
Annexe 2 -	Tarif applicable.....	16
Annexe 3 -	Déclaration de cession (Tiers soldant).....	17
Annexe 4 -	Règlement CPC.....	18

Art. 1 Parties à la convention

Les parties à la présente convention sont la Société Vaudoise de Médecine (SVM), ci-après nommée «Société de Médecine», ainsi que la communauté d'achat HSK SA, ci-après nommée «HSK».

Art. 2 Adhésion et retrait à la convention par les assureurs

- 1 La présente convention est valable pour tous les assureurs affiliés à la Communauté d'achat HSK, pour autant qu'ils ne communiquent pas par écrit dans les 14 jours suivant la signature de la convention qu'ils ne souhaitent pas adhérer à la convention.
- 2 Les assureurs ayant adhéré à la présente convention sont mentionnés à l'Annexe 1. En cas de modifications, HSK informe le fournisseur de prestations ainsi que tous les assureurs adhérents.
- 3 Les assureurs n'étant pas affiliés à HSK peuvent adhérer à la présente convention au moyen d'une déclaration écrite. Ils doivent s'acquitter d'une taxe d'adhésion et d'une contribution annuelle aux frais. Les détails sont réglés hors du cadre de la présente convention.
- 4 Les assureurs affiliés et ayant adhéré à la présente convention, ci-après nommés «assureurs», acceptent sans réserve l'ensemble de ses dispositions avec tous leurs éléments constitutifs (annexes comprises).
- 5 Les assureurs peuvent se retirer individuellement de la convention moyennant un préavis de six mois pour le 31 décembre, la première fois au 31.12.2023. La déclaration de retrait doit parvenir à HSK par écrit et dans le délai imparti. La convention reste valable dans sa totalité pour tous les autres assureurs.

Art. 3 Adhésion et retrait à la convention par les médecins ou médecins travaillant dans des institutions

- 1 Peuvent adhérer à la présente convention tous les médecins ou médecins travaillant dans des institutions qui sont autorisés au titre de l'art. 36 et 36a) LAMal et de l'art. 38 OAMal à exercer leur activité médicale à la charge de l'assurance-maladie sociale et pour lesquels le système tarifaire TARMED ou la version la plus récente de la structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires approuvée ou fixée par le Conseil fédéral est valable. Les médecins ou médecins travaillant dans des institutions ayant adhéré à la présente convention sont ci-après également nommés « fournisseurs de prestations ».
- 2 Tous les médecins membres de la Société de Médecine sont affiliés à la présente convention dès son entrée en vigueur, à moins qu'ils aient déclaré au secrétariat de la Société de Médecine, dans les 30 jours suivant l'envoi de la convention ou dès la publication dans l'organe de la Société de Médecine, qu'ils ne souhaitent pas adhérer à ladite convention.
- 3 Les nouveaux membres de la Société de Médecine (membres de l'association), pour lesquels le système tarifaire TARMED ou la version la plus récente de la structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires approuvée ou fixée par le Conseil fédéral est applicable, doivent déclarer par écrit lors de leur admission qu'ils adhèrent à cette convention. Les exceptions ainsi que les

réglementations pour les non-membres de la Société de Médecine sont réglées par la Société de Médecine. Les fournisseurs de prestations ayant adhéré à la présente convention acceptent sans réserve l'ensemble de ses dispositions, annexes comprises.

- 4 Peuvent adhérer à la présente convention les médecins non-membres de la Société de Médecine pour lesquels le système tarifaire TARMED ou la version la plus récente de la structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires approuvée ou fixée par le Conseil fédéral est valable. L'adhésion implique la pleine reconnaissance de la présente convention et de ses annexes. Elle doit se faire au moyen d'une déclaration écrite adressée à la Société de Médecine.
- 5 La Société de Médecine tient un registre des adhésions et résiliations et le transmet, sur demande, à HSK.
- 6 Les adhésions de fournisseurs de prestations en cours d'année se font en accord avec la Société de Médecine.
- 7 Les fournisseurs de prestations qui ne sont pas membres de la Société de Médecine, doivent payer à ladite société une taxe unique et une contribution annuelle aux frais. Si ces contributions ne sont pas versées, l'adhésion à la convention est annulée. Les modalités sont réglées à l'interne de la Société de Médecine.
- 8 Les fournisseurs de prestations peuvent se retirer individuellement de la convention en respectant le délai de préavis de la Société de Médecine. La déclaration de retrait doit être présentée par écrit dans le délai imparti à la Société de Médecine. Dans le même temps, la Société de Médecine informe HSK du retrait individuel des fournisseurs de prestations. La convention reste valable dans sa totalité pour tous les autres fournisseurs de prestations.
- 9 Si un fournisseur de prestations perd son affiliation à la Société de Médecine, son adhésion à la convention prend fin à la prochaine date de résiliation pour autant qu'il n'adhère pas à ladite convention en tant que non-membre de la Société de Médecine (cf. art. 3, al. 3).

Art. 4 Champ d'application et étendue des prestations

- 1 La présente convention règle la rémunération des prestations ambulatoires de l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), qui sont comprises et applicables dans la structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires approuvée ou fixée par le Conseil fédéral, y compris les décisions de la CPI dans le cadre de TARMED ou les décisions d'interprétation de la nouvelle structure tarifaire éventuelle, et qui sont fournies sur le territoire du canton concerné par tous les médecins ou médecins travaillant dans des institutions qui sont autorisés au titre de l'art. 36 et 36a) LAMal et de l'art. 38 OAMal.
- 2 La présente convention règle les relations entre les fournisseurs de prestations et les assureurs qui ont adhéré à la convention (art. 2 et 3).
- 3 La valeur du point tarifaire à appliquer se base sur l'art. 41, al. 1 LAMal.
- 4 Les fournisseurs de prestations qui fournissent des prestations ambulatoires à l'hôpital en leur propre nom et avec leur propre numéro RCC, sont également soumis à la présente convention pour ces prestations. Dans ce cas, ils doivent s'assurer que les prestations fournies à l'hôpital ne

sont pas décomptées par ce dernier. Les assureurs sont autorisés à demander au fournisseur de prestations et à l'hôpital de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer le décompte correct des prestations et d'éviter ainsi que des prestations soient facturées à double.

- 5 La convention s'applique aux assurés ayant droit à la prise en charge de prestations au bénéfice d'une assurance obligatoire des soins (AOS) auprès d'un assureur selon l'Annexe 1.

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

Art. 5.1 Obligations du fournisseur de prestations

- 1 Les informations suivantes doivent figurer sur toute la correspondance échangée entre le fournisseur de prestations et chacun des assureurs :
 - données de la personne assurée : nom, prénom, adresse, date de naissance, sexe, numéro d'assuré / numéro AVS
 - désignation de l'assureur
 - données du fournisseur de prestations : n° RCC, GLN (Global Location Number) personnel

Art. 5.2 Obligations de l'assureur

L'assureur n'est tenu de prendre en charge une prestation que dans la mesure où d'autres assureurs n'ont pas à assumer les coûts correspondants, conformément à la LAA, la LAI ou la LAM. L'obligation de prise en charge provisoire conformément aux dispositions légales (art. 70 LPG) prime le présent accord contractuel.

Art. 6 GLN / Numéro de registre des codes-créanciers

- 1 La FMH fournit un numéro GLN à tous les médecins.
- 2 Conformément aux art. 36 et 36a LAMal, tout fournisseur de prestations reconnu doit disposer d'un code-créancier (numéro RCC), basé sur ce numéro GLN et les données communiquées via l'autorisation de facturation. Le fournisseur de prestations établit les factures avec ce numéro RCC. Les numéros personnels GLN et RCC doivent figurer sur chaque facture et ordonnance (art. 11).
- 3 Les codes-créanciers habituels sont maintenus.

Art. 7 Commission paritaire de confiance (CPC)

- 1 La commission paritaire de confiance a les compétences suivantes:
 - a) arbitrer les litiges opposant les médecins aux assureurs;
 - b) vérifier les factures de médecin contestées;
 - c) vérifier les traitements médicaux conformément aux critères EAE définis par les parties ;
 - d) infliger des sanctions à l'encontre de médecins ou d'assureurs en cas de violation de cette convention ou de la LAMal;

e) fournir des conseils.

- 2 Le règlement correspondant (Annexe 4) est déterminant pour l'organisation de la CPC et la procédure.

Art. 8 Exclusion de certains fournisseurs de prestations

L'exclusion de fournisseurs de prestations ne peut être demandée que pour des motifs importants. La partie contractante requérante doit adresser à la partie adverse une demande d'exclusion avec une justification écrite. Cette dernière communique sa décision au fournisseur de prestations ou à l'assureur concerné et à la Société de médecine. Si une CPC est compétente, la décision peut lui être adressée avant d'être transmise au tribunal arbitral cantonal au sens de l'art. 89 LAMal.

Art. 9 Travail sur mandat / libre choix du médecin

- 1 Les relations entre le médecin et la patiente ou le patient sont régies par le droit du mandat proprement dit (art. 394 ss CO).
- 2 Le libre choix du médecin des assurés est expressément garanti par les parties contractantes. Demeurent réservées les possibilités de restrictions du libre choix du médecin prévues dans les dispositions légales (p. ex. formes particulières d'assurance au sens de l'art. 62 LAMal).

Art. 10 Économicité et assurance qualité

- 1 Les Sociétés de Médecines des fournisseurs de prestations et l'assureur concluent des contrats applicables à toute la Suisse concernant le développement de la qualité (art. 58a al. 1 LAMal).
- 2 La signature par le fournisseur de prestations de l'un des contrats applicables à toute la Suisse concernant le développement de la qualité constitue une condition préalable et s'avère par conséquent obligatoire pour pouvoir facturer des prestations via un assureur au titre de LAMal.
- 3 Sur demande, le fournisseur de prestations transmet gratuitement à l'assureur les documents et renseignements médicaux nécessaires pour vérifier l'efficacité, l'adéquation et l'économicité du traitement dans le cadre des dispositions légales applicables.
- 4 Si des incohérences sont relevées par les assureurs lors de la vérification de l'économicité, ces dernières seront discutées avec la Société de Médecine, et des mesures communes appropriées seront engagées.
- 5 Le fournisseur de prestations s'engage vis-à-vis du débiteur à répercuter les éventuels avantages qu'il perçoit selon l'art. 56, al. 3 LAMal. La répercussion partielle des avantages doit être convenue entre le fournisseur de prestations et l'assureur par écrit au sens de l'art. 56, al. 3bis, LAMal, tout en respectant les art. 76a, art. 76b et art. 76c OAMal.

Art. 11 Valeur du point tarifaire

La valeur du point tarifaire en vigueur figure à l'annexe 2.

Art. 12 Structure tarifaire

- 1 Pour la rémunération des prestations ambulatoires dans le cabinet du médecin, on applique la structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires en vigueur le jour du traitement. La facturation est basée sur la version la plus récente de la structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires approuvée ou fixée par le Conseil fédéral.
- 2 Tant que la structure tarifaire TARMED reste en vigueur, la commission paritaire d'interprétation (CPI) restera seule responsable de l'interprétation uniforme de TARMED dans toute la Suisse. Toutes les décisions de la CPI sont applicables à la présente convention
- 3 Si une nouvelle structure tarifaire uniforme pour les prestations médicales ambulatoires entre en vigueur (en remplacement de la structure tarifaire TARMED), les décisions d'organisation ou d'interprétation correspondantes seront adoptées.

Art. 13 Facturation et remboursement (art. 42 LAMal)

- 1 Le débiteur de la rémunération des prestations médicales dans le cadre de la LAMal est soit l'assuré(e) (système du tiers garant - TG), soit l'assureur (système du tiers payant - TP). Chaque fournisseur de prestations doit appliquer l'un ou l'autre système. Un changement n'est possible que du passage du TG au TP. D'un commun accord et dans des cas exceptionnels, il est possible de passer du TP au TG. La possibilité de passer du TP au TG en cas de contestation de facture est exclue.
- 2 Le fournisseur de prestations établit la facture conformément au tarif en vigueur.
- 3 L'assureur rembourse au fournisseur de prestations les coûts de ses prestations sur la base de la structure tarifaire et des tarifs convenus ou fixés contractuellement.
- 4 Les autres prestations ambulatoires suivantes peuvent être facturées (livraison détaillée) sur la même facture que les prestations médicales selon le code tarifaire en vigueur (p. ex. code tarifaire Tarmed 001) : prestations de laboratoire, médicaments destinés au traitement, remise de médicaments (remise directe de médicaments si elle est autorisée par le canton), consommables, dialyse, remise de moyens auxiliaires selon la LiMA (si le fournisseur de prestations remplit les conditions de l'art. 55 OAMal). Il convient d'utiliser les codes tarifaires selon l'annexe 2 B).
- 5 Si un ou une assuré(e) change d'assureur au 30 juin ou au 31 décembre, le fournisseur de prestations établit sur demande de l'assuré(e), et ce, au plus tard jusqu'au 15 août de l'année civile ou au 15 février de l'année suivante, une facture intermédiaire au 30 juin ou au 31 décembre.
- 6 Le fournisseur de prestations s'engage à transmettre à l'assureur la facture de manière électronique selon les standards et directives du Forum Datenaustausch et conformément aux dispositions légales applicables. Les prestations doivent être facturées avec les codes et positions tarifaires actuellement en vigueur, conformément aux données de référence (directives pour tous

les types de fournisseurs de prestations) <http://www.forum-datenaustausch.ch>. Les règles selon l'annexe 3 s'appliquent pour la facturation des autres prestations.

Si le fournisseur de prestations a opté pour la facturation électronique, il ne peut plus passer à la facturation papier, sinon la facture sera rejetée.

- 7 Si, contrairement à l'alinéa 6, le fournisseur de prestation ne facture pas par voie électronique, le formulaire de facturation ainsi que les autres documents peuvent être transmis sous forme papier. Pour ce faire, le formulaire de facturation uniforme et actuel conformément aux prescriptions du forum Datenaustausch doit être utilisé. Les dispositions de l'alinéa 6 demeurent applicables.
- 8 L'assureur verse la rémunération due au fournisseur de prestations dans les 30 jours. Un délai de 25 jours s'applique en cas de décompte électronique.
- 9 Le délai court à partir de la date à laquelle l'assureur dispose ou aurait pu disposer de toute la documentation nécessaire pour le contrôle de la facture conforme à la convention et à la loi.
- 10 La facturation d'arriérés de l'assuré(e) envers l'assureur à la charge du fournisseur de prestations est exclue.
- 11 La facturation et la transmission des données pertinentes pour le décompte lors de la facturation à l'assureur sont gratuites.

Art. 14 Traitement et protection des données

L'assureur garantit une utilisation conforme aux dispositions légales de toutes les données reçues.

Art. 15 Déclaration de cession ou reprise des dettes

- 1 En cas de recours à l'aide sociale par la patiente ou le patient, pour les personnes assurées selon l'art. 1, al. 2 let. c OAMal (p. ex. procédure d'asile), en cas de décès de la patiente ou du patient avant la facturation et, dans certains cas, dans le service d'urgence, le fournisseur de prestations a le droit de conclure un accord avec l'assureur visant à payer directement la facture au médecin ou à l'institution.
- 2 Les assureurs s'engagent à accepter une reprise des dettes sans réserve si les conditions de la déclaration de cession (TG) ou de reprise de dettes (TP) sont remplies, conformément à l'Annexe 3 de la présente convention, et si toutes les primes et participations aux coûts ont été payées par l'assuré(e) ou par un tiers. Les conditions et la procédure sont réglées à l'Annexe 3.

Art. 16 Sanction en cas de violation de la convention

Si un fournisseur de prestations ou un assureur ayant adhéré à la présente convention n'en respecte pas les dispositions ou celles de ses annexes, de la LAMal (notamment la répercussion des avantages perçus, art. 56, al. 3 LAMal) ou de ses ordonnances, la CPC, si elle est compétente, et le tribunal arbitral cantonal au sens de l'art. 89 LAMal peuvent être saisis.

Art. 17 Divergences d'opinions et questions d'interprétation

- 1 Les parties s'engagent à trouver un accord à l'amiable en cas de divergences d'opinions et questions d'interprétation. Une proposition de conciliation écrite et motivée doit être remise à titre de preuve.
- 2 Si les parties contractantes ne parviennent pas à se mettre d'accord, la CPC (si elle est compétente) et le tribunal arbitral cantonal au sens de l'art. 89 LAMal peuvent être saisis.

Art. 18 Reporting

Un tarif doit être conforme aux principes de l'art. 59c al. 1 OAMal selon lesquels un tarif peut couvrir au plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente qui sont nécessaires à la fourniture efficace des prestations. En outre, la jurisprudence (p. ex. : arrêts C-4505/2013 et C-4480/2013) stipule que le fournisseur de prestations doit aussi publier les données des coûts et prestations nécessaires pour le calcul du tarif dans le domaine ambulatoire.

Pour HSK, il est souhaitable que la société cantonale des médecins – pour autant qu'elle en ait le droit – fournisse chaque année à HSK la comptabilité analytique ainsi que la statistique des prestations de tous les adhérents à la convention. La base de données s'appuie sur le formulaire HSK de collecte de données au format Excel publié chaque année sur la page d'accueil HSK (www.ecc-hsk.info). Les données sont fournies pour chaque médecin et/ou par établissement sous une forme anonymisée avec renvoi au prestataire de soins de base ou au spécialiste (domaine spécialisé correspondant compris).

Tous les chiffres, intégralement déterminés et saisis, doivent être fournis à HSK sous forme électronique au plus tard le **31 mai** de l'année suivante. Les parties à la convention acceptent les chiffres ainsi communiqués en tant que base pour leurs négociations de prix et de conventions.

Art. 19 Début, durée et résiliation de la convention

- 1 La présente convention entre en vigueur le 01.01.2022 est valable jusqu'au pour une durée indéterminée.
- 2 La convention peut être résiliée par chacune des parties contractantes pour la fin d'une année civile moyennant un délai de résiliation de six mois, pour la première fois au 31.12.2023. Seule l'annexe 2 peut également être résiliée; dans ce cas, le même délai s'applique.
- 3 La présente convention remplace tous les contrats ou conventions tarifaires ayant le même objet pour les fournisseurs de prestations, assureurs et fédérations qui y sont soumis, ainsi que HSK. Sont également concernés les contrats et conventions tarifaires conclus avec d'éventuelles organisations antérieures.
- 4 Si une nouvelle structure tarifaire nationale pour les prestations médicales ambulatoires (structure de tarif à la prestation) est introduite, la présente convention conserve en principe sa validité.
- 5 Si, toutefois, seules certaines parties de la structure tarifaire TARMED sont modifiées, la convention existante demeure applicable. Les modifications apportées seront reprises en même temps que

leur entrée en vigueur ou approbation. Il en va de même pour la future structure tarifaire ambulatoire.

Art. 20 Approbation

- 1 Conformément à l'art. 46, al. 4 LAMal, la présente convention doit être approuvée par les autorités compétentes.
- 2 La procédure d'approbation est engagée par HSK. Elle transmet à la Société de Médecine une copie de la demande d'approbation ou informe celle-ci de la requête (date). Les éventuelles taxes correspondantes sont prises en charge à parts égales par les parties à la convention.

Art. 21 Annexes à la convention

Les annexes ci-après font partie intégrante de la présente convention et ne peuvent être résiliées séparément. L'annexe 2 est une exception (cf. articles 11 et 19 al. 2) :

- Annexe 1 Assureurs adhérents
- Annexe 2 Tarif applicable
- Annexe 3 Déclaration de cession (Tiers soldant)
- Annexe 4 Règlement CPC

Art. 22 Réserve de la forme écrite

Toute modification ou tout complément apporté(e) à la présente convention ou à ses annexes requiert la forme écrite et doit être dûment signé(e) par les parties contractantes. Si une modification relève des dispositions de l'art. 46, al. 4 LAMal, l'approbation constitutive des autorités compétentes demeure réservée.

Art. 23 Clause salvatrice

Si une ou plusieurs dispositions de la présente convention venaient à être nulles, caduques ou sans effet, la validité de la convention n'en serait pas affectée par ailleurs. Toute disposition nulle, caduque ou sans effet devra être remplacée par une réglementation se rapprochant autant que possible de l'esprit et de la signification du caractère économique souhaités par les parties contractantes. Si une modification relève des dispositions de l'art. 46, al. 4 LAMal, l'approbation constitutive des autorités compétentes demeure réservée.

Art. 24 Droit applicable / voie judiciaire

- 1 La présente convention est soumise au droit suisse.

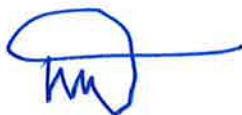
- 2 En cas de litiges, la CPC, si elle est compétente, puis le tribunal arbitral cantonal au sens de l'art. 89 LAMal peuvent être saisis.

Art. 25 Dispositions finales

La présente convention est établie et signée en 3 exemplaires. Un exemplaire de la convention est destiné à chacune des deux parties à la convention, ainsi qu'à l'autorité d'approbation.

Pour la **Société de Médecine** :

Lausanne, le 31.03.2022



M. Pierre-André Repond
Secrétaire général



Dr. Philippe Eggimann
Président

Pour la **Communauté d'achat HSK SA:**

Dübendorf, 24.03.2022


Eliane Kreuzer
Directrice


Riadh Zeramdini
Responsable Région Ouest et Est
Directeur adjoint

Annexe 1 -Assureurs adhérents

(01.01.2022)

Les assureurs suivants sont affiliés à HSK et ont adhéré à la convention:

- **Helsana Assurances SA**
- **Sanitas Assurances de base SA**
- **KPT Caisse-maladie SA**

Annexe 2 -Tarif applicable

A) Prestations et prix

La valeur du point tarifaire (VPT) est de CHF 0.94.

Cette VPT est valable pour les prestations dans le cadre de la structure tarifaire TARMED ainsi que pour une future structure tarifaire pour les prestations médicales ambulatoires une fois qu'elle sera introduite.

B) Autres prestations

Les règles suivantes s'appliquent aux autres prestations ambulatoires mentionnées à l'art. 13, al. 4 :

Type de tarif	Désignation	Remarques
317	Liste fédérale des analyses (LA)	
400	Catalogue de médicaments code Pharma	Valable aussi pour les produits de la LiMA avec code Pharma (actif jusqu'au 30.04.2019)
402	Catalogue de médicaments GTIN (LS / HL / LPPA / LiMA)	
403	Catalogue des médicaments Swissmedic	
410	Liste des médicaments avec tarif (LMT)	
452	LiMA: liste des moyens et appareils	Dans la mesure où le prestataire de soins satisfait aux exigences de l'art. 55 LAMal
500	Traitements par dialyse ambulatoire (SVK et H+)	
406	Autres prestations non définies dans des tarifs officiels (médecin LAMal/LCA)	Par ex. Tarif 406/Pos. 2000 matériel à usage courant selon Tarmed GI-20

Les factures avec un code tarifaire ou un chiffre tarifaire erronées peuvent être retournées par l'assureur pour correction.

Annexe 3 -Déclaration de cession (Tiers soldant)

- 1 Le fournisseur de prestations peut exiger une déclaration de cession de l'assureur si la patiente ou le patient :
 - a) est bénéficiaire de l'aide sociale ;
 - b) a déposé une demande d'asile, a bénéficié d'une protection temporaire ou si une admission temporaire lui a été accordée (art. 1, al. 2 let. c OAMal) ;
 - c) décède avant la facturation et si la facture n'est pas payée dans un délai de 6 mois ;
 - d) est soigné(e) aux urgences et que les chiffres a-c s'appliquent dans son cas.
- 2 Dans tous les cas, une déclaration de cession signée par la personne assurée, le représentant légal ou une personne autorisée est requise. La déclaration de cession signée peut également être présentée après le versement des prestations. Une reprise des dettes par l'assureur intervient si le paiement n'est pas effectué dans les 6 mois.
- 3 La déclaration de cession peut être demandée pour les montants facturés restants ou futurs, mais dans un délai maximal de 12 mois par signature de la patiente ou du patient. Elle doit intervenir avant la facturation (excepté l'art.1, ch. c et d).
- 4 La déclaration de cession s'applique à la partie de la facture qui reste après déduction de la quote-part et d'une franchise (Tiers soldant) et si les primes et les participations aux coûts restantes ont été acquittées par l'assuré(e) ou par un tiers.
- 5 Les objections et exceptions que l'assureur a envers la patiente ou le patient dans le cadre de la relation contractuelle peuvent être soulevées à l'encontre du fournisseur de prestations.
- 6 S'il existe entre le fournisseur de prestations et l'assureur un accord relatif à la déclaration de cession dans un cas concret (valable au maximum 12 mois), signée par l'assuré, le fournisseur de prestations doit envoyer la facture à l'assureur (tiers soldant). Une copie de la facture doit être envoyée à la patiente ou au patient.
- 7 L'assureur verse la rémunération due au fournisseur de prestations dans les 30 jours. Un délai de 25 jours s'applique en cas de décompte électronique.
- 8 Le délai court à partir de la date à laquelle l'assureur dispose ou aurait pu disposer de toute la documentation nécessaire pour le contrôle de la facture conforme à la convention et à la loi.

Annexe 4 - Règlement CPC

1. Composition

- 1 La commission paritaire de confiance (CPC) est composée de six membres ordinaires et de six suppléants (3 représentants du fournisseur de prestations et 3 des assureurs). La durée du mandat est généralement de 3 ans. Les membres et les suppléants sont rééligibles. Ils sont tenus au secret.
- 2 La CPC se constitue elle-même. Elle délibère valablement si au moins deux membres de chaque partie sont présents. La répartition des voix doit être paritaire dans tous les cas.
- 3 La CPC élit parmi ses membres un président et un secrétaire pour une durée de 3 ans. Ces derniers ne doivent pas appartenir à la même partie contractante. Une réélection au terme du mandat de 3 ans est possible. Les membres doivent être élus à l'unanimité.
- 4 Le président convoque les membres de la CPC aussi souvent que les affaires l'exigent. Le secrétaire procure les tâches écrites. Il établit le procès-verbal et envoie les décisions de la CPC. Il tient les archives.
- 5 Les éventuels membres empêchés de participer ou qui n'ont pas été retenus sont remplacés par la partie contractante concernée elle-même.
- 6 L'activité professionnelle en faveur d'une assurance-maladie ou en tant que médecin ne représente pas un motif de refus.
- 7 Au moment de voter une décision, chaque membre de la CPC dispose d'une voix.
- 8 En cas de désaccord entre les parties, la CPC agit en tant que tribunal arbitral convenu contractuellement. Dans ces cas, un juriste neutre est choisi en tant qu'actuaire pour les conseils juridiques et la tenue des procès-verbaux (pour une durée indéterminée, non pas pour des mandats fixes). Il doit être élu à l'unanimité. L'actuaire n'a qu'une voix consultative.

2. Tâches

Les tâches de la CPC sont définies à l'art. 7 de la présente convention.

3. Procédure

En règle générale, la procédure est définie de concert par le président et le secrétaire. Elle doit être aussi simple et pertinente que possible. En cas de divergences concernant la définition de la procédure, la décision incombe à l'ensemble de la commission.