

Facturation et échange de données

Annexe H de la convention tarifaire

Valable dès le: 1^{er} janvier 2026

Préambule

- ¹ La présente annexe régit au sens de la partie VI de la convention relative à la structure tarifaire la facturation et l'échange de données.
- ² Les parties contractantes s'engagent à mettre en œuvre et appliquer de manière uniforme les exigences concernant la facturation électronique et la transmission de données médicales. Si la facture n'est pas transmise sous forme électronique, il est impératif de joindre la feuille avec le code QR.
- ³ Le fournisseur de prestations transmet à l'assureur la facture selon la norme la plus récente du Forum Datenaustausch, ou celle permettant de satisfaire pleinement aux exigences selon la convention tarifaire.
- ⁴ Les parties contractantes s'engagent à respecter, lors de la facturation, les dispositions légales concernant la protection des données. La transmission de toutes les données électroniques s'effectue par des canaux sécurisés et cryptés.
- ⁵ La valeur du point tarifaire est fixée dans des conventions tarifaires séparées.

1. Facturation et rémunération

- ¹ Le débiteur de la rémunération de la prestation médicale est le répondant des coûts. Le fournisseur de prestations doit remettre sa facture à l'assureur conformément à l'art. 54a LAA, à l'art. 25a LAM et à l'art. 27ter LAI.
- ² Facturation uniforme pour les prestations fournies conjointement:
Dans le cas d'un traitement impliquant plusieurs fournisseurs de prestations, aucune facturation séparée par fournisseur de prestations ne peut être adressée au répondant des coûts. Toutes les prestations fournies doivent être regroupées sur une seule facture. La rémunération est ensuite répartie en interne entre les différents fournisseurs de prestations concernés.

Exemples:

1. Les hôpitaux établissent la facture en incluant les prestations du médecin agréé.
2. Les chirurgiens libéraux établis en cabinet privé décomptent également les prestations de l'anesthésiste dans leur facture.
3. etc.

2. Champs de données à transmettre

- ¹ Les fournisseurs de prestations et les répondants des coûts règlent la facturation et les champs de données à transmettre comme suit:
- ² Plusieurs traitements ambulatoires doivent pouvoir figurer sur une seule facture, indépendamment du fait qu'ils soient facturés selon le TARDOC ou les forfaits ambulatoires.
- ³ La règle générale suivante s'applique: tous les champs de données prévus par les lois correspondantes ou les conventions tarifaires doivent être transmis.

4 Les données suivantes doivent figurer sur toutes les factures et correspondances entre le fournisseur de prestations et l'assureur concerné:

a. Données relatives à l'émetteur de la facture:

- nom,
- GLN.

b. Données relatives au fournisseur de prestations:

- nom,
- fournisseur GLN (le partenaire économique correspond au numéro IDE)
- localisation GLN (le site du partenaire exécutant correspond au numéro IDE ou REE)

c. Nom et GLN de l'assureur;

d. Données relatives à la personne assurée:

- nom,
- prénom,
- adresse,
- date de naissance,
- sexe (le sexe obtenu par l'opération de transition de genre est déterminant pour la facturation d'un traitement concernant une personne intersexuée).
- numéro AVS selon l'art. 59 al. 1 let. e OAMal.

e. Canton dans lequel la prestation a été fournie;

f. Loi;

g. Date du traitement;

h. Motif du traitement (maladie, accident, maternité, prévention, infirmité congénitale, inconnu);

i. Numéro de facture complet du fournisseur de prestations pour la personne assurée concernée, y compris date de la facture;

j. Numéro complet du sinistre (assureurs-accidents) ou numéro de décision (assurance-invalidité) du répondant des coûts pour le cas concerné, y compris la date du sinistre et la date de décision;

k. Informations concernant le médecin référent ou prescripteur (GLN) le cas échéant;

l. Informations générales sur le traitement, par

ligne:

- date,
- type de tarif,
- position tarifaire,
- désignation de la position tarifaire,
- numéro de référence (uniquement prestations individuelles),
- numéro de séance (uniquement prestations individuelles),
- indication du côté (uniquement prestations individuelles),
- nombre,
- points tarifaires et valeur du point tarifaire,
- facteur externe selon l'annexe E de la convention tarifaire,
- montant en francs,
- GLN du médecin responsable,

- GLN du médecin exécutant ou, le cas échéant, du membre du personnel paramédical,
 - information sur l'obligation de prise en charge selon le droit en vigueur,
 - taux de TVA,
 - indication du service spécialisé par les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins selon l'art. 35 al. 2 let. n LAMal et les hôpitaux selon l'art. 35 al. 2 let. h LAMal.
- 5 En complément des données mentionnées au paragraphe 4, les fournisseurs de prestations transmettent pour chaque traitement ambulatoire relevant du champ d'application du TARDOC, les informations suivantes en lien avec la séance:
- a. Diagnostic complet sur la base de la CIM-10-GM selon l'annexe C de la convention tarifaire;
- 6 En complément des données mentionnées au paragraphe 4, les fournisseurs de prestations transmettent pour chaque traitement ambulatoire relevant du champ d'application du TARDOC, les informations suivantes en lien avec la séance:
- a. Diagnostic complet sur la base de la CIM-10-GM selon l'annexe C de la convention tarifaire;
 - b. Les positions déterminantes pour le groupement du catalogue de prestations des tarifs médicaux ambulatoires (CPTMA), y compris l'indication du nombre et du côté;
 - c. Tous les médicaments appliqués et/ou injectés.

3. Autres modalités de facturation

- 1 L'assureur rembourse au fournisseur de prestations la partie non contestée de la facture en règle générale dans les 30 jours après réception de la facture, sauf accord contraire dans les conventions tarifaires. Une nouvelle facture est nécessaire pour le remboursement d'un paiement partiel correspondant à une partie non contestée d'une facture.
- 2 Les assureurs justifient les contestations. Le délai de paiement pour la partie contestée de la facture est interrompu.
- 3 Pour les forfaits ambulatoires, la contestation s'applique toujours à la totalité du forfait. Seules les prestations individuelles peuvent être contestées séparément.

4. Remplacement, assistanat au cabinet médical ou médecins en formation postgraduée pour l'obtention d'un titre de formation postgraduée relevant de la valeur intrinsèque dans le secteur ambulatoire des cabinets

- 1 Le médecin est en principe tenu de fournir ses prestations personnellement. Il peut cependant, sous réserve de la législation, engager des médecins-assistants au cabinet, des médecins en formation postgraduée pour l'obtention d'un titre de formation postgraduée relevant de la valeur intrinsèque (selon l'annexe F de la convention tarifaire, chiffre 1.2) ou un remplaçant.
- 2 En cas d'absence de longue durée, le propriétaire du cabinet médical peut engager un remplaçant. D'autres solutions prévues par la loi demeurent réservées. En principe, le remplacement ne dure pas plus de 30 jours.

- 3 Le remplaçant doit être titulaire d'un diplôme fédéral ou d'un diplôme étranger équivalent, disposer de l'autorisation cantonale requise pour exercer la fonction de représentant et de la valeur intrinsèque qualitative correspondante.
- 4 Le médecin, en tant que détenteur du numéro GLN, est responsable, dans le cadre de la convention, du respect de la présente convention et du comportement médical de son remplaçant, médecin-assistant au cabinet ou médecin en formation postgraduée pour l'obtention d'un titre de formation postgraduée relevant de la valeur intrinsèque.
- 5 Sur les factures, le médecin responsable et le médecin exécutant doivent être mentionnés avec le GLN aux positions tarifaires des prestations médicales décomptées.