

Dispositions d'exécution

concernant la convention tarifaire sur la rémunération des prestations des maîtres-bottiers orthopédiques¹

1. Ordonnance médicale

Une ordonnance médicale est requise pour toute première fourniture. Pour toute remise ultérieure de moyens auxiliaires d'assistance orthopédique se basant sur une ordonnance existante, une nouvelle ordonnance médicale n'est pas nécessaire. Une nouvelle ordonnance médicale à l'assureur est nécessaire s'il y a lieu d'apporter des modifications à la confection de moyens auxiliaires d'assistance orthopédique entraînant une augmentation des frais par rapport au premier appareillage.

2. Devis / Prise en charge

¹ Lorsqu'une ordonnance médicale est nécessaire, un devis doit être soumis (article 1). Ce devis doit comporter le nom du médecin traitant, un bref status, l'importance de la fourniture et les différentes positions tarifaires. L'ordonnance médicale doit être jointe au devis.

² En ce qui concerne les assurés AA et AM, il n'est pas nécessaire de présenter un devis pour la fourniture

- . de supports orthopédiques,
- . de chaussures orthopédiques de série,
- . de chaussures orthopédiques spéciales,
- . de divers moyens auxiliaires

et pour les modifications orthopédiques de chaussures (cf. chapitre E du tarif). L'ordonnance médicale doit être jointe à la facture.

³ Le chef d'atelier établit le devis sur le formulaire convenu entre l'ASMCBO et les assureurs.

⁴ Les assureurs informent le fournisseur dans un délai de 60 jours après la remise du devis de la prise en charge ou du refus des frais. Tout refus doit être motivé.

⁵ Lorsqu'une demande de prise en charge des frais ne peut pas être traitée dans les délais prévus, le fournisseur doit en être informé.

⁶ Lorsque la remise d'un moyen auxiliaire orthopédique ordonné par un médecin spécialiste revêt un caractère urgent, le fournisseur est autorisé à

¹ Remarque: Afin de faciliter la lecture, c'est la forme masculine qui a été retenue dans la présente convention ; elle désigne les personnes des deux sexes. En cas de litige, la version originale allemande fait foi.

commencer son travail aussitôt. L'urgence est justifiée lorsque l'assuré ne peut, sans l'aide d'un moyen auxiliaire orthopédique, ni quitter l'établissement hospitalier, ni reprendre de manière autonome son activité normale ou lorsque le moyen auxiliaire est absolument nécessaire dans la vie quotidienne ou pour entreprendre immédiatement une thérapie médicale.

⁷ Lorsqu'un assuré décède avant que l'assureur compétent n'ait garanti la couverture des frais et pour lequel le médecin spécialiste avait jugé urgent de remettre un moyen auxiliaire, ledit assureur prend en charge les frais des travaux commencés comme normalement il aurait octroyé le moyen auxiliaire en question. En cas de décès de l'assuré, l'assureur prend en charge les frais des travaux commencés pour lesquels il a déjà garanti la couverture des frais.

3. Remise de moyens auxiliaires relatifs à la technique orthopédique de chaussures

¹ Dans les dispositions ci-après, les chaussures orthopédiques de série sont assimilées aux chaussures orthopédiques sur mesure.

² Les assurés AA ont droit, la première fois, à la fourniture de deux paires de chaussures orthopédiques sur mesure, puis à une paire de chaussures par année.

³ Les assurés AM ont droit à deux paires de chaussures orthopédiques sur mesure par année.

⁴ Les assurés AI ont droit chaque année à deux paires, soit de chaussures orthopédiques sur mesure, soit de chaussures orthopédiques de série ou soit à deux paires de chaussures spéciales. En ce qui concerne les modifications orthopédiques des chaussures de confections ou des chaussures orthopédiques spéciales, ils ont droit à quatre paires la première fois et à deux paires au maximum pour les années suivantes. Pour les enfants et les adolescents jusqu'à 18 ans, les modifications pour quatre paires de chaussures sont prises en charge par année. Une demande de fourniture supplémentaire doit être justifiée de manière détaillée (par ex. lors de la croissance). Les assurés AI ont droit à des supports plantaires orthopédiques si ceux-ci constituent le complément indispensable à une mesure médicale. Voir article 1, alinéa 3 de la convention tarifaire.

⁵ Pour les assurés AVS, le droit se limite à une contribution de 75% des frais pour une paire de chaussure orthopédique sur mesure ou de chaussure orthopédique de série. Cette contribution peut être versée une fois tous les deux ans.

⁶ Les moyens auxiliaires relatifs à la technique orthopédique de chaussure selon les alinéas 2 à 5 ne peuvent être remis que sur commande spéciale par le fournisseur agréé. Une éventuelle demande de fourniture supplémentaire doit être justifiée de manière détaillée.

⁷ Lors de la remise de la première fourniture, la deuxième paire ne doit être confectionnée que si la première paire a été portée sans douleurs durant quatre mois au moins (trois mois pour les enfants). La remise prématurée d'une seconde paire doit être justifiée envers l'assureur.

4. Franchises

¹ En cas d'application d'une franchise, celle-ci se chiffre en règle générale à un montant de CHF 120.-, TVA comprise, par paire de chaussure pour adultes et à un montant de CHF 70.- pour les enfants jusqu'à l'âge de 12 ans révolus. Pour les exceptions, voir alinéas 2 à 4.

² Pour les assurés AVS, la franchise s'élève à 25% du prix net.

³ Les assurés AI, AA et AM doivent payer eux-mêmes les chaussures de confection à modifier sur le plan orthopédique.

⁴ Les assureurs AA et l'Assurance militaire prennent intégralement en charge les deux premières fournitures. A partir de la troisième paire, la franchise selon l'alinéa 1 est applicable. Celle-ci est supprimée si des raisons d'ordre somatique requièrent prématurément le remplacement des moyens auxiliaires (par ex. interventions chirurgicales, etc.).

5. Réparations

¹ Pour les assurés AI, les réparations sont supportées par l'assureur AI après déduction d'une franchise de CHF 70.- par année civile.

² Pour les assurés AA et AM, les réparations consécutives à un handicap sont intégralement à la charge des assureurs. L'usure normale est à la charge des assurés.

6. Obligations des fournisseurs agréés

¹ Les fournisseurs agréés s'engagent à respecter l'ordonnance sur les dispositifs médicaux (ODim) et les directives y relatives émises par l'ASMCBO (voir annexe de la convention de garantie de la qualité).

² Les fournisseurs agréés s'engagent à exécuter sans retard les commandes des assureurs. Voir aussi article 2 "Devis/Prise en charge".

³ L'assureur compétent doit être avisé sans délai lorsqu'un moyen auxiliaire ne peut pas être fourni ou lorsqu'une modification importante de la commande est nécessaire. La décision de l'assureur doit être attendue à moins qu'il ne s'agisse pas de cas particulièrement urgents.

⁴ Les renseignements demandés par l'assureur sont gratuits. Toutes les pièces doivent être conservées pendant cinq ans (voir annexe de la convention de garantie de la qualité, chiffre 4.3).

⁵ Les formes et les modèles restent chez le fournisseur agréé. Ils doivent être conservés pendant cinq ans après la dernière remise. En cas de changement de fournisseur, ils sont remis gratuitement au nouveau fournisseur agréé.

⁶ Les frais d'emballage et de port sont à la charge du fournisseur agréé. (Compris dans le modèle tarifaire).

7. Travaux sous garantie

¹ La période de garantie est de quatre mois à partir de la date de livraison. La garantie couvre en particulier les travaux d'adaptation nécessaires. Elle s'étend aux défauts de fabrication, de matériaux et d'exécution.

² La garantie ne couvre pas l'usure normale ou due à une invalidité, les corrections ultérieures ainsi que les modifications nécessitées par la croissance, la prise ou la perte de poids, les atrophies et les enflures, les changements dus à l'évolution de la maladie ou du processus de guérison ainsi qu'aux interventions chirurgicales. Il en va de même pour les détériorations d'origine mécanique ou chimique, les altérations produites par des médicaments ou des sécrétions après la remise du moyen auxiliaire.

8. Facturation

¹ La facture est établie après la remise définitive du moyen auxiliaire.

² Les données suivantes doivent figurer sur la facture:

- a) Nom, prénom, adresse, date de naissance, numéro de l'assuré, numéro de la décision de l'AI
- b) Nom et adresse du fournisseur agréé avec le numéro d'immatriculation, le numéro NIF, EAN et, si existant, le numéro RCC
- c) Médecin prescripteur et son numéro EAN
- d) Cause du traitement (maladie, accident, infirmité congénitale)
- e) Date de l'accident
- f) Calendrier des prestations
- g) Positions tarifaires, numéros et libellés
- h) Points tarifaires, valeur du point, montant total des prestations évaluées par des points tarifaires
- i) Taxe sur la valeur ajoutée
- j) Total de la facture
- k) Date de la facture

9. Réglementation concernant le remboursement

- ¹ Les assureurs s'engagent à régler les factures dans les 60 jours dès réception de celles-ci. Si ce délai ne peut être respecté, le fournisseur de prestations doit être avisé.
- ² Les prestations non obligatoires sont à la charge de l'assuré.
- ³ Toutes les commandes de l'année précédente doivent être livrées jusqu'à fin mars pour qu'elles puissent être imputées sur l'exercice de l'année précédente.

10. Transfert électronique des données

- ¹ Les parties contractantes favorisent le transfert électronique des données.
- ² Les parties contractantes s'engagent à uniformiser les normes et les procédures relatives au transfert électronique des données selon les standards du Forum pour l'échange de données (www.forum-datenaustausch.ch).

11. Admission dans la liste des fournisseurs agréés

Pour être admis dans la liste des fournisseurs agréés, l'aspirant doit, après avoir suivi la formation de base, justifier d'une expérience professionnelle d'une durée de quatre ans en tant que bottier-orthopédiste employé à 100% dans un atelier OSM (MBO), selon l'article 3.3 (conditions d'admission) du règlement concernant l'examen professionnel supérieur de bottier-orthopédiste.

Zurich/Lucerne/Berne, le 15 avril 2009/rév. 18 mai 2010