

# DISPOSITIONS D'APPLICATION

## relatives à la convention tarifaire sur l'indemnisation des prestations ambulatoires physiothérapeutiques fournies en établissements hospitaliers

### Art. 1 Prescription médicale

<sup>1</sup>Sous réserve de l'alinéa 2, les prescriptions médicales seront acceptées seulement sur le formulaire de prescription, valable pour toute la Suisse.

<sup>2</sup>Si la prescription se présente sous une autre forme, elle doit contenir toute indication du formulaire officiel; au cas échéant, il faut faire remarquer au médecin en question qu'il doit utiliser le formulaire officiel.

### Art. 2 Facturation

<sup>1</sup>La facturation peut se faire au terme de chaque série de traitements. Si le traitement d'un patient est terminé, la facturation doit intervenir immédiatement après la dernière séance. En cas de traitements de longue durée, le physiothérapeute peut établir sa facture tous les trimestres.

<sup>2</sup>La facture, respectivement l'ordonnance doit contenir les indications suivantes:

- a Nom, prénom, adresse, numéro du code-crédancier resp. numéro EAN du physiothérapeute responsable
- b Nom, prénom, adresse, numéro du code-crédancier resp. numéro EAN du médecin prescripteur externe ou nom et prénom du médecin prescripteur de l'hôpital
- c Nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro d'assuré / numéro d'accident du patient (resp. numéro d'entreprise de l'employeur pour les assureurs de l'AA)
- d Mention de la nature du cas: maladie, accident ou invalidité
- e Calendrier des prestations avec les indications suivantes: (I, II III à chaque séance)
  - I Nom du physiothérapeute responsable
  - II Chiffre du tarif et nombre de points de taxation des prestations fournies
  - III Total des points de taxation
  - IV Valeur du point de taxation
  - V Montant total des prestations évaluées par les points de taxation
  - VI désignation du numéro LiMA, nombre, prix et montant des produits et appareils remis
- f Montant total de la facture

### Art. 3 Réglementation sur la rémunération

<sup>1</sup>Les assureurs s'engagent à régler les factures en règle général dans les 30 jours après réception de la facture.

<sup>2</sup>Les prestations qui ne sont pas obligatoirement à la charge de l'assurance ou les séances manquées sont à facturer directement à l'assuré.

### Art. 4 Transmission électronique des données

<sup>1</sup>Les partenaires conventionnels encouragent la transmission électronique des données.

<sup>2</sup>Les partenaires conventionnels s'engagent en faveur des normes uniformes et des déroulements en relation avec la transmission électronique des données.

<sup>3</sup>Les détails seront réglés dans une convention séparée.

**Art. 5 Dispositions particulières dans l'assurance-invalidité**

Pour les traitements d'assurés de l'AI, les dispositions des centres de l'AI ainsi que les dispositions légales correspondantes et les directives y relatives de l'Office fédéral des assurances sociales sont valables.

**Art. 6 Non-membres**

<sup>1</sup>Pour financer les coûts occasionnés en relation avec l'élaboration et l'application de la convention entre H+ et les assureurs, une taxe d'adhésion et une contribution annuelle aux frais seront réclamées aux hôpitaux non-membres de H+ ayant le droit d'adhérer au sens de l'article 2 alinéa 2 de la convention tarifaire.

<sup>2</sup>La taxe d'adhésion s'élève à fr. **1'000.--** par hôpital et est à payer avec la déclaration d'adhésion.

<sup>3</sup>La contribution annuelle aux frais s'élève à f. **400.-** par hôpital et est valable à partir de la deuxième année conventionnelle.

<sup>4</sup>La taxe d'adhésion et la contribution annuelle aux frais sont payables à l'avance et viennent à échéance au moment de la déposition de la déclaration d'adhésion resp. au début d'une année civile.

<sup>5</sup>La taxe d'adhésion et la contribution annuelle aux frais sont payables dans les 30 jours après réception de la facture.

<sup>6</sup>En cas de non-paiement des contributions par les hôpitaux, les assureurs ne sont plus obligés de rembourser les prestations.

<sup>7</sup>Les partenaires conventionnels ouvrent un compte commun destiné aux contributions reçues des non-membres.

<sup>8</sup>Les contributions des non-membres seront utilisées de façon appropriée pour les dépenses en relation avec la convention tarifaire.

<sup>9</sup>La Commission paritaire de confiance (CPC) est l'organe responsable pour la détermination du montant des contributions des non-membres et de leur utilisation.

<sup>10</sup>Le secrétariat de la CPC est responsable de l'encaissement.

<sup>11</sup>Le secrétariat de la CPC remet le décompte de l'année précédente jusqu'à fin février aux partenaires conventionnels.

<sup>12</sup>Les partenaires conventionnels ont à tout moment un droit de contrôle.

**Art. 7 Administration tarifaire**

Le service central des tarifs médicaux LAA est responsable de l'impression et de l'envoi du tarif et ses avenants. Les coûts qui en résultent seront facturés aux destinataires. Jusqu'à fin février, le secrétariat de la CPC établit un décompte de ses propres dépenses de l'année précédente et le remet aux partenaires conventionnels.