Annexe D: Facturation et échange de données

1. Principe

1 La présente annexe définit, au sens de la partie V de la convention relative à la structure tarifaire, les règles applicables à la facturation et à l'échange de données.

2. Échange électronique de données avec SHIP

1 Le fournisseur de prestations et les assureurs conviennent d'échanger électroniquement, comme suit, toutes les informations sur le cas de traitement:

- La transmission des factures s'effectue selon le standard XML actuel approuvé par le Forum Datenaustausch, via le système d'annonce bidirectionnel SHIP.
- La transmission de toutes les autres données se fait via le système d'annonce bidirectionnel SHIP, conformément aux normes eCH du groupe spécialisé «Administration Santé»
- Lorsque la transmission des données n'est pas encore possible avec SHIP, elle s'effectue par les canaux actuels, selon le standard XML actuel approuvé par le Forum Datenaustausch.
- Dans tous les cas, le fournisseur de prestations doit indiquer son numéro RCC, le GLN et/ou le numéro C du médecin traitant.

3. Dispositions complémentaires relatives à la facturation avec SHIP

1 Les éléments/attributs suivants, définis comme optionnels par le Forum Datenaustausch, doivent être déclarés en sus pour la facturation par le fournisseur de prestations:

- Indications sur le patient / la personne assurée
  - Numéro de sécurité sociale ou numéro AVS, conformément à l'art. 59, al. 1, let. e OAMal
  - Numéro d'identification de la carte d'assuré, conformément à l'art. 59, al. 1, let. d OAMal

- Indications spécifiques au cas
  - Numéro de facture complet du fournisseur de prestations pour le patient / la personne assurée concerné(e), avec la date de facture
  - Indication si maladie, accident ou autre (prévention, invalidité, militaire, maternité)
  - Indication du médecin prescripteur ou référent (numéro RCC et GLN), si pertinent
  - Fournisseur de prestations exécutant (provider_id), si nécessaire
  - Fournisseur de prestations responsable (responsible_id), si nécessaire
  - Informations générales sur le traitement (calendrier, canton où la prestation est fournie)
  - Type de tarif, position tarifaire, désignation de la prestation, cost-weight, facteur de correction éventuel pendant la phase de neutralité des coûts

conformément à l'Annexe F, prix, montant de la prestation, nombre, montant total

2 Au moment de la facturation, les fournisseurs de prestations transmettent, en outre, à l'assureur les informations suivantes pour chaque contact-patient facturable:

- Attributions aux chapitres, conformément au résultat du groupeur de cas (chapitre)
- Diagnostic selon la CIM-10-GM (première lettre)
- Codes CHOP pertinents pour le groupement
- Médicaments pertinents pour la compensation des risques
- Informations sur le service spécialisé du fournisseur de prestations dans le domaine ambulatoire, selon le format suivant: < ENT-ID | service spécialisé > et <BURGESV | service spécialisé >

4. Facturation et échange de données sans SHIP

1 Les fournisseurs de prestations et répondants des coûts qui ne sont pas encore en mesure d'échanger des factures et des données conformément aux normes eCH doivent suivre les règles de facturation et d'échange de données suivantes:

2 Doivent figurer sur toutes les factures et correspondances échangées entre le fournisseur de prestations et l'assureur:

a) Nom, numéro RCC, GLN et/ou numéro C du fournisseur de prestations
b) Nom et GLN de l'assureur
c) Renseignements sur le patient / la personne assurée:
   - Numéro d'identification de la carte d'assuré, conformément à l'art. 59, al. 1, let. d OAMal
   - Numéro de sécurité sociale ou numéro AVS, conformément à l'art. 59, al. 1, let. e OAMal
   - Nom
   - Prénom
   - Adresse de domicile
   - Date de naissance
   - Sexe
d) Date du cas
e) Numéro du cas (ACID)
f) Numéro du patient (APID)

3 Lors de la facturation, les fournisseurs de prestations transmettent en outre à l'assureur les informations suivantes:

- Attributions aux chapitres, conformément au résultat du groupeur de cas (chapitre)
- Diagnostic selon la CIM-10-GM (première lettre)
- Codes CHOP pertinents pour le groupement
- Médicaments pertinents pour la compensation des risques
- Informations sur le service spécialisé du fournisseur de prestations dans le domaine ambulatoire, selon le format suivant: < ENT-ID | service spécialisé > et <BURGESV | service spécialisé >

5. Autres modalités de facturation

1 Le paiement s'effectue en général dans les 30 jours qui suivent la réception de la facture.

2 Si, au moment de la facturation, des clarifications supplémentaires sont nécessaires pour déterminer l'étendue des prestations (p. ex. demande de documents supplémentaires), le délai mentionné à l'alinéa 1 est suspendu.

3 Dans certains cas justifiés, le fournisseur de prestations doit, à la demande de l'assureur, fournir gratuitement au médecin-conseil des documents médicaux supplémentaires nécessaires au contrôle de la facture.

4 L'assureur justifie les contestations. Le délai de paiement est suspendu pour la partie contestée de la facture. La partie non contestée est réglée par l'assureur sur remise d'une nouvelle facture.

5 Même après le paiement de la facture, l'assureur peut faire valoir une anomalie manifeste dans la facturation auprès du fournisseur de prestations et exiger à tout moment le remboursement des prestations versées à tort.

6 Si un patient/une personne assurée change d'assureur au 30 juin, le fournisseur de prestations établit, au plus tard le 31 juillet de l'année concernée, un décompte intermédiaire à la date du 30 juin. Le fournisseur de prestations établit en principe au plus tard le 31 janvier de l'année suivante un décompte intermédiaire à la date du 31 décembre.

7 En cas de décès, le décompte final doit être établi dans les 30 jours à compter de la prise de connaissance du décès.

8 La facturation porte sur les prestations obligatoirement prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les prestations non obligatoires doivent être facturées séparément au patient/à la personne assurée.