

Facturation et échange de données

Annexe H de la convention relative à la structure tarifaire

Valable dès le: 1^{er} janvier 2027

État actuel: Approuvé par le groupe de travail modalités d'application et interprétation tarifaire technique le 27 janvier 2026, approuvé par le conseil d'administration de l'OTMA SA le 17 avril 2026, pas encore approuvé par le Conseil fédéral.

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 le formulaire de facturation uniforme, la facturation électronique et la transmission de données médicales.
- 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 relative à la structure tarifaire, et utilise pour cela un formulaire uniforme. D'autres normes, p. ex. selon le Groupe spécialisé eCH Administration Santé, sont admises et peuvent être fixées dans les conventions tarifaires.
- 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 la personne assurée selon le système du tiers garant conformément à l'art. 42 al. 1 LAMal. Les assureurs et les fournisseurs de prestations peuvent aussi convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant, art. 42 al. 2 LAMal). Le système du tiers payant doit être fixé dans les conventions tarifaires.
- ² Dans le système du tiers garant, le fournisseur de prestations envoie la facture et un justificatif de remboursement à la personne assurée, c'est-à-dire que la personne assurée reste le débiteur.

2. Cession

- ¹ Dans des cas particuliers, le fournisseur de prestations peut, avant l'établissement de sa facture, convenir par écrit avec l'assureur, que celui-ci lui verse directement le montant à rembourser dû à l'assuré. Un accord correspondant doit être limité dans le temps et fixé dans les conventions tarifaires.

3. 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 la correspondance entre le fournisseur de prestations et l'assureur concerné:

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

- nom,
- numéro RCC,
- GLN.

b. Données relatives au fournisseur de prestations:

- nom,
- numéro RCC,
- GLN.

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 d'identification de la carte d'assuré selon l'art. 59 al. 1 let. d OAMal,
- 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. Raison du traitement (maladie, accident, maternité, infirmité congénitale, inconnu);

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

j. Informations concernant le médecin référent ou prescripteur (numéro RCC et GLN), si disponible;

k. 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,
- nombre,
- points tarifaires et valeur du point tarifaire,
- external factor selon l'annexe E de la convention relative à la structure 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 outre, les fournisseurs de prestations transmettent pour chaque traitement ambulatoire relevant du champ d'application du TARDOC, en plus du chiffre 4, les informations suivantes liées à la séance:
- a. Diagnostic complet sur la base du code tessinois (complet) ou CIM-10-GM selon l'annexe C de la convention relative à la structure tarifaire. Pour les diagnostics sur la base CIM-10-GM, on vise également une livraison complète. Si cela ne devait pas être possible pour des raisons liées à la protection des données, les parties contractantes conviennent de livrer au minimum la première lettre du diagnostic. Indépendamment de cela, le fournisseur de prestations veille à ce qu'il ressorte des informations relatives au diagnostic transmises s'il s'agit d'un code selon le code tessinois ou selon CIM-10-GM;
- ⁶ Les fournisseurs de prestations transmettent pour chaque traitement ambulatoire relevant du champ d'application des forfaits ambulatoires, en plus du chiffre 4, les informations suivantes:
- a. Diagnostic complet sur la base du code CIM-10-GM selon l'annexe C de la convention relative à la structure tarifaire. Une livraison complète est visée. Si cela ne devait pas être possible pour des raisons liées à la protection des données, les parties contractantes conviennent de livrer au minimum la première lettre du diagnostic;
- b. Si la protection de données ne permet pas de livrer le diagnostic complet, il faut livrer, en plus de la première lettre du diagnostic, les attributions aux chapitres selon le fichier de sortie du groupeur (capitulum);
- c. Si un traitement ambulatoire se compose de plusieurs contacts-patient regroupés, un seul diagnostic est indiqué sur la facture, même si les diagnostics des contacts-patient respectifs sont différents (pour les détails, voir l'annexe C ou les clarifications relatives à l'annexe C);
- d. Les positions déterminantes pour le groupement du catalogue de prestations des tarifs médicaux ambulatoires (CPTMA), y compris indication du côté;
- e. Tous les médicaments appliqués et/ou injectés, mais au minimum tous les médicaments de la liste des spécialités (LS): non évalués (montant en francs = 0).

4. 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.
- 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 vaut toujours pour la totalité du forfait. Seules les prestations individuelles peuvent être contestées séparément.

5. Remplacement, assistantat 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 relative à la structure tarifaire, chiffre 1.2) ou un remplaçant.
- ² En cas d'absence de longue durée, le propriétaire du cabinet médical peut engager un remplaçant. Sous réserve d'autres solutions prévues par la loi.
- ³ Le médecin, en tant que détenteur du numéro RCC (ou GLN), est responsable, dans le cadre de contrat, 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.
- ⁴ Sur les factures, le médecin responsable et le médecin exécutant doivent figurer avec le GLN sur les positions tarifaires pour les prestations médicales.