Explications relatives aux adaptations pertinentes apportées aux conventions administratives entre l'ASI et les assurances-maladie (tarifsuisse SA, HSK et CSS)

Les explications suivantes indiquent les domaines dans lesquels des adaptations ou des nouveautés ont été introduites et précisent les modalités correspondantes. Nous renonçons à dresser une liste des corrections purement linguistiques et à fournir des explications sur les contrats concernés.

L'ASI attend de tous les infirmiers et infirmières indépendants qu'ils consultent attentivement les nouvelles conventions administratives, qu'ils les lisent attentivement et qu'ils appliquent leurs dispositions de manière cohérente.

Adhésion d'un prestataire (adaptation) et dispositions transitoires (nouveau)

La date d'adhésion est la date de réception de la demande d'adhésion par l'ASI.

Les infirmiers/ères indépendant/es qui ont adhéré à l'ancienne convention sont automatiquement transféré/es vers la nouvelle convention.

Celles et ceux qui ne le souhaitent pas doivent en informer l'ASI par écrit au plus tard le 30 juin 2025 (date du cachet de la poste).

Dénonciation ou exclusion d'un prestataire (nouveau)

Harmonisation des démissions à la fin de l'année, avec respect d'un délai de préavis de six mois.

L'exclusion permet à l'ASI d'exclure du contrat des infirmiers/ères indépendant/es pour des raisons importantes. Sont notamment considérées comme des raisons importantes les violations graves du contrat, le retrait de l'autorisation cantonale d'exercer ou le non-paiement des émoluments dus.

Conditions de prestation (adaptation)

La condition «sur prescription médicale ou sur ordre du médecin» est supprimée pour les prestations de soins **«a»** et **«c»,** mais celles-ci nécessitent toujours une évaluation des besoins**.**

Prescription médicale / déclaration des besoins (adaptation)

Cet article régit les procédures applicables aux prestations de soins fournies avec ou sans prescription ou ordonnance médicale (art. 8 et 8a OPAS).

L'évaluation des besoins (art. 8a OPAS) comprend l'appréciation commune de la situation globale avec le patient ou ses proches en ce qui concerne les prestations de soins au sens de l'art. 7 OPAS.

- Les prestations de soins au sens de l'art. 7, al. 2, let. **«a»** et **«c»** (mesures d'évaluation, de conseil, de coordination et soins de base) peuvent être fournies sans prescription ou ordonnance médicale.

- Le résultat de la détermination des besoins doit être communiqué sans délai au médecin traitant.
- La détermination des besoins est renouvelée au plus tard après neuf mois.
- Deux prolongations de neuf mois chacune sont possibles, soit 27 mois au total. Les 27 mois s'appliquent indépendamment du nombre de renouvellements.
- Au bout de 27 mois, un rapport sur la nature, le déroulement et le résultat des prestations de soins doit être remis au médecin dans un délai d'un mois.
- Un nouveau cycle de 27 mois commence ensuite.

Les prestations de soins visées à l'art. 7, al. 2, let. **«b»** (mesures d'examen et de traitement) nécessitent l'accord exprès du médecin traitant (art. 8 OAMal).

- Ces prestations peuvent être prescrites pour une durée maximale de neuf mois.
- En cas de prolongation ou de renouvellement de la prescription ou de la décision médicale, une nouvelle évaluation des besoins est nécessaire.

Déclaration des besoins à l'assureur (adaptation)
Si la déclaration des besoins comprend des prestations de toutes les catégories, la signature du médecin vaut uniquement pour les prestations qu'il a prescrites
(art. 7, al. 2, let. **b**, OAMal).

Une rubrique supplémentaire a donc été ajoutée à la liste figurant à l'**annexe «Prescription médicale / formulaire de déclaration des besoins»**, qui permet de mentionner toutes les prestations sur un seul formulaire, tout en précisant clairement que seules les prestations **«b»** sont prescrites par le médecin.

L'ASI est en train d'informer les médecins par les canaux appropriés.

Facturation (adaptation)
Seule la durée de validité de la prescription médicale ou de l'ordonnance pour les prestations **«b»** doit être indiquée sur la facture.

La loi stipule que la facture doit préciser quelles prestations ont été fournies avec ou sans prescription médicale. Si les conditions techniques sont réunies dans le «Forum échange de données», il appartient aux fournisseurs de logiciels d'intégrer les spécifications dans leurs systèmes afin que les infirmiers indépendants puissent facturer conformément à la loi.

Modalités de paiement (adaptation)
Pour les factures qui ne sont pas transmises par voie électronique, le système du tiers garant (TG) s'applique.