

Contrat

entre

**Société de médecine
du canton de Fribourg
Rue de l'Hôpital 15
1701 Fribourg**

ci-après nommée «**SOCIÉTÉ DES MÉDECINS**»

et

Helsana Assurances SA et al.
Zürichstrasse 130
8600 Dübendorf

Sanitas Assurances de base SA et al.
Jänergasse 3
8004 Zurich

KPT Caisse-maladie SA
Tellstrasse 18
3000 Berne 22

ci-après «**assureurs HSK**»
(adresse postale: Communauté d'achat HSK, Case postale,
8081 Zurich)

– appelés collectivement «**parties**» –

concernant

**le remboursement des prestations ambulatoires au cabinet
médical (TARMED)**

Valable dès le 01.01.2016

Sommaire

Art. 1	Parties	3
Art. 2	Champ d'application et étendue des prestations.....	3
Art. 3	Adhésion au contrat de médecins ou d'établissements / membres et non-membres de l'association.....	3
Art. 4	Taxes d'adhésion / contributions aux frais (art. 46, al. 2 LAMal)	4
Art. 5	Résiliation de la convention	4
Art. 6	Registre des adhésions / démissions	4
Art. 7	Numéro GLN / code-crédancier (numéro RCC)	4
Art. 8	Exclusion de certains médecins ou établissements.....	5
Art. 9	Travail sur mandat / libre choix du médecin.....	5
Art. 10	Économicité / mesures de garantie d'économicité des prestations (art. 56, al. 5 LAMal et art. 76f OAMal).....	5
Art. 11	Valeur du point tarifaire	5
Art. 12	Structure tarifaire TARMED.....	5
Art. 13	Facturation et remboursement (art. 42 LAMal)	6
Art. 14	Reprise des dettes	7
Art. 15	Engagement de médecins et collaboration sous la forme juridique d'une personne morale.....	7
Art. 16	Sanction en cas de violation de la convention	8
Art. 17	Divergences d'opinion et questions d'interprétation	8
Art. 18	Assurance qualité	8
Art. 19	Entrée en vigueur et résiliation de la convention	8
Art. 20	Annexes au contrat.....	8
Art. 21	Réserve de forme écrite.....	9
Art. 22	Clause salvatrice.....	9
Art. 23	Approbation.....	9
Art. 24	Dispositions finales et transitoires	9
Annexe 1	– Assureurs affiliés	14
Annexe 2	– Adhésion, taxe d'adhésion / contributions aux frais pour les non-membres de l'association (art. 46, al. 2 LAMal).....	15
Annexe 3	– Valeur du point tarifaire applicable.....	16
Annexe 4	– Reprise des dettes	17
Annexe 5	– Décompte des autres prestations (art. 13, ch. 6)	18

Art. 1 Parties

- ¹ Les parties au présent contrat sont la Société de médecine du canton de Fribourg, ci-après nommée SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ainsi qu'Helsana Assurances SA, Sanitas Assurance de base SA et KPT Caisse-maladie SA, respectivement les assureurs mentionnés à l'annexe 1, sections A et B, ci-après «assureurs HSK».
- ² Avec l'accord des assureurs HSK affiliés à la convention et de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS, d'autres assureurs peuvent adhérer à la présente convention. Les assureurs concernés sont mentionnés à l'annexe 1 et adoptent les dispositions de la présente convention.
- ³ Helsana Assurances SA est autorisée à entreprendre toutes les démarches en rapport avec la présente convention, au nom et pour le compte des assureurs cités à l'annexe 1 A.
- ⁴ Sanitas Assurances de base SA est autorisée à entreprendre toutes les démarches en rapport avec la présente convention, au nom et pour le compte des assureurs cités à l'annexe 1 B.

Art. 2 Champ d'application et étendue des prestations

- ¹ La présente convention règle les relations entre les médecins, resp. les établissements et les assureurs qui y ont adhéré par déclaration écrite (art. 3).
- ² Le contrat est valable pour toutes les prestations ambulatoires de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal qui figurent dans la structure tarifaire «TARMED» acceptée par les parties et autorisée par le Conseil fédéral, et qui sont fournies en cabinet privé dans le canton signataire.
- ³ La valeur du point tarifaire à appliquer se base sur l'art. 41, al. 1 LAMal.
- ⁴ Les médecins, resp. les qui fournissent des prestations ambulatoires à l'hôpital en leur propre nom et avec leur propre numéro RCC sont également soumis à cette convention pour ces prestations. Dans ce cas, ils leur incombe de s'assurer que les prestations fournies à l'hôpital ne sont pas décomptées par ce dernier. Les assureurs sont autorisés à demander au médecin, resp. à l'établissement et à l'hôpital que des mesures soient prises pour assurer le décompte correct des prestations et pour éviter ainsi que des prestations soient décomptées plusieurs fois.

Art. 3 Adhésion au contrat de médecins ou d'établissements / membres et non-membres de l'association

- ¹ Peuvent adhérer à cette convention les médecins, resp. les établissements pour lesquels le système tarifaire TARMED est applicable.

- ² Les nouveaux membres de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS (membres de l'association) pour lesquels le système tarifaire TARMED est applicable, doivent déclarer par écrit, lors de leur admission, qu'ils adhèrent à cette convention. Les exceptions ainsi que les réglementations pour les non-membres de l'association sont définies dans l'annexe 2.
- ³ Les non-membres de l'association de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS peuvent adhérer à cette convention pour autant que le système tarifaire TARMED s'applique dans leur cas. L'adhésion implique la pleine reconnaissance de la présente convention et de ses annexes. Elle doit se faire par écrit à la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS.

Art. 4 Taxes d'adhésion / contributions aux frais (art. 46, al. 2 LAMal)

- ¹ Les médecins, resp. les établissements qui ne sont pas membres de l'association de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS doivent verser à la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS une taxe d'adhésion unique ainsi qu'une contribution annuelle aux frais.
- ² Si ces contributions ne sont pas versées, l'adhésion à la convention est annulée.
- ³ Les modalités sont fixées à l'annexe 2 de la présente convention.

Art. 5 Résiliation de la convention

- ¹ Les médecins, resp. les établissements et assureurs peuvent résilier cette convention moyennant un délai de six mois pour la fin d'une année civile. Les médecins doivent remettre leur résiliation dans le délai imparti au secrétariat de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS, et les assureurs à la HSK. Ces derniers sont tenus d'informer respectivement les autres parties.
- ² Si un médecin, resp. un établissement perd sa qualité de membre de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS, son adhésion au contrat prend fin à la prochaine date de résiliation s'il n'adhère pas à ce contrat en tant que non-membre de l'association (voir art. 3, al. 3).

Art. 6 Registre des adhésions / démissions

- ¹ Les parties tiennent un registre des adhésions et démissions.
- ² Toutes les mutations sont répertoriées dans ce registre qui est déterminant aussi bien pour les parties que pour les tiers.
- ³ Le registre concernant les médecins, resp. les établissements est tenu par la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS.
- ⁴ Les parties s'engagent à mettre à disposition sur demande les registres correspondants.

Art. 7 Numéro GLN / code-créancier (numéro RCC)

- ¹ La FMH fournit un numéro GLN à tous les médecins.

- ² Chaque médecin, resp. établissement reconnu doit, conformément à l'art. 36a LAMal, disposer d'un code-créancier (numéro RCC), basé sur ce numéro GLN ainsi que sur les données communiquées via l'autorisation de facturation. Le médecin, resp. l'établissement établit ses factures avec ce numéro RCC. Les numéros personnels GLN et RCC doivent figurer sur chaque facture et ordonnance (art. 13).
- ³ Les codes-créanciers actuels sont maintenus.

Art. 8 Exclusion de certains médecins ou établissements

L'exclusion de certains médecins, resp. d'établissements ne peut être demandée que pour des motifs importants. La partie demanderesse doit adresser sa demande d'exclusion avec une justification par écrit à la contrepartie. Cette dernière adresse sa décision au médecin / à l'établissement ou à l'assureur concerné. La décision peut être, si cela est justifié, transmise à la CPC, puis au tribunal arbitral cantonal, et ce, conformément à l'art. 89 LAMal.

Art. 9 Travail sur mandat / libre choix du médecin

- ¹ Les relations entre le médecin et le patient sont régies par le droit du mandat simple (art. 394 ss CO).
- ² Le libre choix du médecin de l'assuré est expressément garanti par les parties. Restent réservées les possibilités de restrictions du libre choix du médecin par les dispositions légales (p.ex. formes spéciales d'assurances au sens de l'art. 62 LAMal).

Art. 10 Économicité / mesures de garantie d'économicité des prestations (art. 56, al. 5 LAMal et art. 76f OAMal)

Si des incohérences sont constatées par les assureurs lors de la vérification de l'économicité, ces dernières seront discutées avec la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS et des mesures communes appropriées seront prises.

Art. 11 Valeur du point tarifaire

La valeur du point tarifaire applicable est fixée à l'annexe 3. Elle est supprimée lors de la fixation consensuelle d'une nouvelle valeur du point tarifaire, de la suppression de cette convention tarifaire ou de la résiliation de l'annexe 3.

Art. 12 Structure tarifaire TARMED

- ¹ La structure tarifaire TARMED s'applique (comme c'est le cas depuis le 1^{er} janvier 2004 dans la LAMal) au remboursement des prestations ambulatoires en cabinet médical. Le décompte s'effectue conformément à la version la plus récente de la structure tarifaire TARMED approuvée par le Conseil fédéral.

- ² Les modifications approuvées du TARMED sont reprises en même temps que leur entrée en vigueur.
- ³ La Commission tarifaire d'interprétation (CPI) détient la compétence unique et globale d'interpréter le TARMED de manière uniforme et obligatoire pour l'ensemble de la Suisse. Toutes les décisions de la CPI s'appliquent au présent contrat.

Art. 13 Facturation et remboursement (art. 42 LAMal)

- ¹ C'est l'assuré qui est tenu de rembourser les coûts des prestations médicales dans le cadre de la LAMal (système du tiers garant). Les assureurs et fournisseurs de prestations peuvent également convenir du système du tiers payant (dans ce cas, c'est l'assureur qui est tenu de rembourser les coûts des prestations médicales).
- ² Le médecin, resp. l'établissement établit la facture selon le tarif en vigueur sur le lieu du fournisseur de prestations.
- ³ Le décompte dans le système du tiers payant est principalement réalisé sous forme électronique.
- ⁴ Le médecin ou l'établissement établit la facture selon le standard actuel du «Forum Datenaustausch».
- ⁵ Les informations suivantes doivent figurer sur la facture:
 - a) Nom et adresse du médecin, resp. de l'établissement, numéro RCC et numéro GLN
 - b) Nom, adresse, date de naissance et, si disponible, numéro d'assuré du patient
 - c) Motif du traitement (maladie, accident, grossesse et infirmités congénitales)
 - d) Calendrier des prestations
 - e) Tarif, chiffre tarifaire et désignation du tarif
 - f) Points tarifaires, valeurs de points tarifaires, montant total par position tarifaire
 - g) Diagnostics selon le code de diagnostic conclu selon les dispositions légales.
 - h) Désignation des prestations non obligatoires selon la LAMal
 - i) Date de la facture et numéro de facture
 - j) N° GLN du médecin traitant (cf. art. 15)

- ⁶ Les prestations suivantes peuvent être décomptées (livraison au détail) sur la même facture que les prestations Tarmed selon le tarif 001:
prestations de laboratoire, médicaments destinés au traitement, remise de médicaments (si cela est autorisé au niveau cantonal, remise directe de médicaments), consommables, dialyse, remise de moyens auxiliaires selon la LiMA.

Les tarifs fixés pour les prestations obligatoires LAMal sont indiqués dans l'annexe 5. Si des prestations obligatoires ou des prestations LCA qui ne sont contenues dans aucun tarif sont décomptées (annexe 5, let. c), ces dernières doivent être signalisées conformément au standard en vigueur du «Forum Datenaustausch».

- ⁷ Si un assuré change d'assureur au 30 juin ou au 31 décembre, le médecin, resp. l'établissement établit sur demande de l'assureur, et ce, au plus tard jusqu'au 15 août de l'année civile, respectivement jusqu'au 15 février de l'année suivante, une facture intermédiaire au 30 juin, respectivement au 31 décembre.

Variante tiers payant:

C'est l'assureur qui est tenu de rembourser le fournisseur de prestations (**système du tiers payant**).

- ¹ Dans le cas du tiers payant, le médecin, resp. l'établissement adresse la facture à l'assureur et envoie une copie à l'assuré.
- ² L'assureur rembourse la partie non contestée au médecin, resp. à l'établissement sous 30 jours en cas de décompte électronique, et sous 45 jours en cas de décompte écrit après réception de la facture.
- ³ Une compensation des arriérés de l'assuré envers l'assureur imputée au médecin, resp. à l'établissement, est exclue.

Art. 14 Reprise des dettes

- ¹ En cas de recours à l'aide sociale du patient pour les personnes assurées selon l'art. 1, al. 2 let. c OAMal (p.ex. procédure d'asile), en cas de décès du patient avant la facturation et, dans certains cas, dans le service d'urgence, le médecin, resp. l'établissement a le droit de conclure un accord avec l'assureur visant à payer directement la facture au médecin, resp. à l'établissement.
- ² Les assureurs s'engagent à accepter une reprise des dettes sans réserves si les conditions de reprise des dettes sont remplies, conformément à l'annexe 4 de la présente convention, et ce, si toutes les primes et toutes les participations aux coûts ont été payées par l'assuré ou par un tiers. Les conditions et la procédure sont réglementées dans l'annexe 4.

Art. 15 Engagement de médecins et collaboration sous la forme juridique d'une personne morale

Pour l'engagement de médecins et la collaboration sous la forme juridique d'une personne morale, l'art. 36a LAMal et le droit cantonal en vigueur sont applicables.

Art. 16 Sanction en cas de violation de la convention

Si un médecin, resp. un établissement ou un assureur ayant adhéré à cette convention n'en respecte pas les dispositions ou celles de ses annexes, les dispositions de la LAMal (notamment la répercussion d'avantages obtenus (art. 56, al. 3 LAMal) ou de ses ordonnances, la CPC, si elle est compétente, et le tribunal arbitral cantonal au sens de l'art. 89 LAMal doivent être saisis.

Art. 17 Divergences d'opinion et questions d'interprétation

- ¹ Les parties s'engagent à trouver un accord à l'amiable en cas de divergences d'opinion et questions d'interprétation. Une proposition de conciliation écrite et motivée doit être remise comme preuve.
- ² Si les parties ne parviennent pas à un accord, la CPC, si elle est compétente, et le tribunal arbitral cantonal au sens de l'art. 89 LAMal doivent être saisis.

Art. 18 Assurance qualité

Les médecins, resp. les établissements ayant adhéré à cette convention s'engagent à participer à ces mesures visant à garantir la qualité et le contrôle de la qualité, et ce, conformément à l'art. 58 LAMal.

Art. 19 Entrée en vigueur et résiliation de la convention

- ¹ La présente convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016 et s'applique pour une durée indéterminée.
- ² La convention peut être résiliée par chacune des parties pour la fin d'une année civile moyennant un délai de résiliation de six mois. L'annexe 3 est également résiliable individuellement; dans ce cas, le même délai s'applique. La convention et l'annexe 3 restent valables en totalité pour toutes les autres parties.
- ³ La présente convention remplace tous les précédents contrats ou conventions tarifaires ayant le même objet, y compris les contrats et conventions conclus avec d'éventuelles organisations antérieures des parties.

Art. 20 Annexes au contrat

Les annexes ci-après font partie intégrante du contrat et ne peuvent être résiliées séparément. L'annexe 3 est une exception (cf. art. 11 et art. 19, al. 2).

- | | |
|----------|---|
| Annexe 1 | Liste des assureurs affiliés |
| Annexe 2 | Adhésion, taxes d'adhésion / contributions aux frais (art. 46, al. 2 LAMal) |
| Annexe 3 | Valeur du point tarifaire applicable |
| Annexe 4 | Reprise des dettes |

Annexe 5 Décompte des autres prestations (art. 13, ch. 6)

Art. 21 Réserve de forme écrite

Toute modification ou tout complément apporté à la présente convention ou à ses annexes requièrent la forme écrite et doivent être dûment signés par les parties au contrat.

Art. 22 Clause salvatrice

Si une ou plusieurs disposition(s) de la présente convention venai(en)t à être invalide(s), la validité de la convention n'en serait pas affectée par ailleurs. Toute disposition invalide devra être remplacée par une réglementation se rapprochant autant que possible de l'esprit et de la signification économique souhaités par les parties.

Art. 23 Approbation

- ¹ Conformément à l'art. 46, al. 4 LAMal, la présente convention doit être approuvée par le Conseil d'État.
- ² Les parties connaissent l'effet constitutif de la décision d'approbation du Conseil d'État. Au cas où aucune approbation n'aurait encore été donnée à la date d'entrée en vigueur de la présente convention, les parties accomplissent les prestations dont elles sont contractuellement redevables, comme si la convention avait été approuvée en l'état. Au cas où le Conseil d'État, le Tribunal administratif fédéral ou le Tribunal fédéral n'approuvent pas la convention ou seulement sous une autre forme, l'invocation des règles de la bonne foi, resp. de la protection de la confiance légitime est exclue dans tous les cas. Les prestations éventuellement fournies en trop doivent être remboursées par la partie qui en a bénéficié dans un délai de six mois suivant la date de la décision d'approbation du Conseil d'État. Les parties reconnaissent que le délai de péremption d'un an pour les demandes de remboursement éventuelles débute à la date de la décision d'approbation du Conseil d'État.
- ³ La procédure d'approbation est engagée par l'une des parties. Les éventuelles taxes correspondantes sont prises en charge à parts égales par les parties.

Art. 24 Dispositions finales et transitoires

Les médecins membres de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS sont affiliés à cette convention dès son entrée en vigueur à s'ils n'ont pas communiqué au secrétariat de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS, dans les 30 jours suivant l'envoi de la convention ou la publication dans l'organe de l'association de la SOCIÉTÉ DES MÉDECINS, qu'ils ne souhaitent pas adhérer à ladite convention.

Pour la **SOCIÉTÉ DE MEDECINE DU CANTON DE FRIBOURG** avec signature juridiquement valable:

Fribourg, le 18/12/15.....



Dr Jean-Daniel Schumacher
Président SMCF



Dr Rémy Boscacci
Président CIP

Les assureurs HSK:

Pour Helsana Assurances SA:

Dübendorf, le 14.12.2015



Michael Willer
Responsable Prestations



Peter Graf
Responsable Achat des prestations

Pour Sanitas Assurances de base SA:

Zurich, le 10.12.2015



.....
Marco van den Heuvel
Responsable Achat des prestations



.....
Jutta Klein
Responsable Gestion des prestations

Pour KPT Caisse-maladie SA:

Berne, le 8.12.15

B. Arnet

Beat Arnet
Responsable Prestations

R. Neuhaus

Reto Neuhaus
Responsable Achat des prestations

Annexe 1 – Assureurs affiliés

Sont affiliés à la présente convention les assureurs suivants:

A.

- Progrès Assurances SA
- Avanex Assurances SA
- Sansan Assurances SA
- Maxi.ch Assurances SA
- Indivo Assurances SA

B.

- Compact Assurances de base SA
- Wincare Assurances SA

Annexe 2 – Adhésion, taxe d'adhésion / contributions aux frais pour les non-membres de l'association (art. 46, al. 2 LAMal)

Conformément aux articles 3 et 4 de la présente convention, les parties conviennent de ce qui suit:

- ¹ La SOCIÉTÉ DES MÉDECINS perçoit auprès des non-membres de l'association une taxe d'adhésion et une contribution annuelle aux frais.
- ² Ces contributions servent à couvrir les coûts des négociations contractuelles, de la conclusion du contrat, de la création des bases de données requises, de la réalisation du contrat et de l'activité d'une éventuelle commission paritaire de confiance.
- ³ Le montant de la taxe d'adhésion et de la contribution annuelle aux frais pour les non-membres de l'association sont fixés par la société de médecins cantonale.
- ⁴ En cas de résiliation de la convention par un non-membre de l'association en cours d'année, la totalité de la contribution annuelle aux frais reste néanmoins due.
- ⁵ La taxe d'adhésion et la contribution annuelle aux frais doivent être payées à l'avance et sont échues avec l'envoi de la déclaration d'adhésion ou au 31 décembre précédant le début d'une année civile.
- ⁶ La convention tarifaire ne s'applique plus lorsque la contribution annuelle aux frais n'est pas payée après le deuxième rappel, à savoir après un délai de 30 jours suivant le deuxième rappel. Dans le rappel, le non-membre de l'association doit être explicitement informé de cette sanction. Après expiration de ce délai, le non-membre de l'association se verra retirer l'autorisation de facturer.

Annexe 3 – Valeur du point tarifaire applicable

La valeur du point tarifaire pour les traitements s'élève à CHF0.91. à compter du 1^{er} janvier 2016.

Annexe 4 – Reprise des dettes

Conformément à l'art. 14 de la présente convention, les parties conviennent de ce qui suit:

Art. 1

Le médecin, resp. l'établissement peut réclamer à l'assureur une reprise des dettes dans les cas suivants:

- ¹ le patient est bénéficiaire de l'aide sociale;
- ² pour les patients ayant déposé une demande d'asile, bénéficiant d'une protection temporaire ou auxquels une admission temporaire a été accordée (art. 1, al. 2 let. c OAMal);
- ³ le patient décède avant la facturation du médecin, resp. l'établissement et la facture n'est pas payée dans un délai de six mois;
- ⁴ dans le service d'urgence dans les cas cités aux chiffres 1 à 3.

Art. 2

Dans tous les cas, la signature de l'assuré, du représentant légal ou d'une personne mandatée est requise. La signature peut également être apposée après le versement des prestations. Une reprise des dettes est effectuée par l'assureur si le paiement n'est pas fait dans les six mois.

Art. 3

- ¹ La reprise des dettes peut être exigée pour les montants de facture restants ou futurs, mais dans un délai maximal de 12 mois par signature du patient. Elle doit avoir lieu préalablement à la facturation (à l'exception de l'art. 1, chiffres 3 et 4).
- ² La reprise des dettes s'applique à la partie de la facture qui demeure après déduction de la quote-part et d'une franchise, et lorsque les primes et les participations aux coûts restantes ont été acquittées par l'assuré ou par un tiers.
- ³ Les arguments et objections que l'assureur a envers le patient dans le cadre de la relation contractuelle peuvent être invoqué à l'égard du médecin, resp. de l'établissement.

Art. 4

- ¹ S'il existe entre le médecin, resp. l'établissement et l'assureur un accord relatif à la reprise des dettes dans un cas concret (valable au maximum 12 mois), le médecin, resp. l'établissement doit envoyer la facture à l'assureur (tiers soldant). Une copie de la facture doit être envoyée au patient.
- ² L'assureur rembourse la partie non contestée de la facture au médecin ou à l'établissement sous 30 jours en cas de décompte électronique, et sous 45 jours en cas de décompte écrit après réception de la facture.

Annexe 5 – Décompte des autres prestations (art. 13, ch. 6)

- a) Prestations de laboratoire: tarif 317 Liste des analyses
- b) Origine des médicaments (y compris l'accès via EAN et l'accès via Swissmedic): tarifs 400, 402, 403
- c) Autres prestations non définies dans les tarifs officiels (LAMal / LCA), p.ex. consommables selon Tarmed GI-20 position 2000: tarif 406
- d) Moyens auxiliaires selon la LiMA: tarif 452
- e) Types de prestations CC SVK (dialyse): tarif 500