
Convention tarifaire

entre

Société de Médecine du Canton de Fribourg
Rue de l'Hôpital 15
1701 Fribourg

ci-après nommée «Société de Médecine»

et

Communauté d'achat HSK SA
Zürichstrasse 130
8600 Dübendorf

ci-après nommée «**HSK**»

(**Adresse postale:** Communauté d'achat HSK SA | Case postale | 8081 Zurich)

- appelés collectivement «parties à la convention» -

concernant

le remboursement des prestations ambulatoires au cabinet médical (TARMED)

Valable à partir du 01.01.2018

Sommaire

Art. 1	Parties à la convention.....	3
Art. 2	Affiliation et retrait à la convention par les assureurs	3
Art. 3	Adhésion et retrait à la convention par les médecins ou médecins travaillant dans des institutions	3
Art. 4	Champ d'application et étendue des prestations	4
Art. 5	Obligations du fournisseur de prestations et de l'assureur	5
Art. 6	GLN / Numéro de registre des codes-créanciers	5
Art. 7	Exclusion de certains fournisseurs de prestations	5
Art. 8	Travail sur mandat / libre choix du médecin	6
Art. 9	Économicité et assurance qualité	6
Art. 10	Valeur du point tarifaire	6
Art. 11	Structure tarifaire TARMED	6
Art. 12	Facturation et remboursement (art. 42 LAMal)	6
Art. 13	Reprise des dettes	7
Art. 14	Embauche de médecins et collaboration sous la forme juridique d'une personne morale	8
Art. 15	Sanction en cas de violation de la convention	8
Art. 16	Divergences d'opinions et questions d'interprétation	8
Art. 17	Début, durée et résiliation de la convention	8
Art. 18	Approbation	9
Art. 19	Annexes à la convention	9
Art. 20	Réserve de la forme écrite	9
Art. 21	Clause salvatrice	10
Art. 22	Droit applicable / instance de conciliation	10
Art. 23	Dispositions finales.....	10
Annexe 1	Assureurs affiliés.....	13
Annexe 2	Adhésion, taxes d'adhésion / contributions aux frais pour les non-membres.....	14
Annexe 3	Tarif applicable.....	15
Annexe 4	Reprise des dettes.....	16

Art. 1 Parties à la convention

Les parties à la présente convention sont la Société de Médecine du Canton de Fribourg ci-après nommée «Société de Médecine», ainsi que la Communauté d'achat HSK SA, ci-après nommée «HSK».

Art. 2 Affiliation et retrait à la convention par les assureurs

- ¹ La présente convention est valable pour tous les assureurs ayant adhéré à la Communauté d'achat HSK, pour autant qu'ils ne communiquent pas par écrit dans les 14 jours suivant la signature de la convention qu'ils ne souhaitent pas être affiliés à la convention.
- ² Les assureurs affiliés à la présente convention sont mentionnés à l'Annexe 1. En cas de modifications, HSK informe la société de Médecine ainsi que tous les assureurs affiliés.
- ³ Les assureurs n'ayant pas adhéré à HSK peuvent s'affilier à la présente convention au moyen d'une déclaration écrite. Ils doivent s'acquitter d'une taxe d'adhésion et d'une contribution annuelle aux frais. Les détails sont réglés hors du cadre de la présente convention.
- ⁴ Les assureurs affiliés à la présente convention, ci-après nommés «assureurs», acceptent sans réserve l'ensemble de ses dispositions avec tous leurs éléments constitutifs (annexes comprises).
- ⁵ Les assureurs peuvent se retirer individuellement de la convention moyennant un préavis de six mois pour le 31 décembre, la première fois au 31.12.2018. La déclaration de retrait doit parvenir à HSK par écrit et dans le délai imparti. La convention reste valable dans sa totalité pour tous les autres assureurs.

Art. 3 Adhésion et retrait à la convention par les médecins ou médecins travaillant dans des institutions

- ¹ Peuvent adhérer à la présente convention tous les médecins ou médecins travaillant dans des institutions pour lesquels le système tarifaire TARMED est valable. Les médecins ou médecins travaillant dans des institutions ayant adhéré à la présente convention sont ci-après également nommés «fournisseurs de prestations».
- ² Tous les médecins membres de la société de Médecine sont affiliés à la présente convention dès son entrée en vigueur, pour autant qu'ils n'aient pas déclaré au secrétariat de la société de Médecine, dans les 30 jours suivant l'envoi de la convention ou dès la publication dans l'organe de l'association de la société de Médecine, qu'ils ne souhaitent pas adhérer à ladite convention.
- ³ Les nouveaux membres de la société de Médecine (membres de l'association) pour lesquels le système tarifaire TARMED est applicable, doivent déclarer par écrit, lors de leur admission, qu'ils adhèrent à la présente convention. Les exceptions ainsi que les réglementations pour les non-membres de l'association sont réglées à l'Annexe 2. Les fournisseurs de prestations ayant adhéré à la présente convention acceptent sans réserve l'ensemble de ses dispositions, annexes comprises.

- 4 Les non-membres de la société de Médecine peuvent adhérer à la présente convention pour autant que le système tarifaire TARMED soit valable pour eux. L'adhésion implique la pleine reconnaissance de la présente convention et de ses annexes. Elle doit se faire au moyen d'une déclaration écrite adressée à la société de Médecine.
- 5 La Société de Médecine tient un registre des adhésions et résiliations et le transmet, sur demande, à HSK.
- 6 Les adhésions de fournisseurs de prestations en cours d'année se font en accord avec la société de médecine .
- 7 Les fournisseurs de prestations qui ne sont pas membres de la société de Médecine, doivent payer à ladite société une taxe unique et une contribution annuelle aux frais. Si ces contributions ne sont pas versées, l'adhésion à la convention est annulée. Les modalités sont réglées à l'Annexe 2 de la présente convention.
- 8 Les fournisseurs de prestations peuvent se retirer individuellement de la convention moyennant un préavis de six mois pour le 31 décembre, la première fois au 31.12.2018 La déclaration de retrait doit parvenir à l'association par écrit et dans le délai imparti. L'association informe HSK du retrait individuel des fournisseurs de prestations. La convention reste valable dans sa totalité pour tous les autres fournisseurs de prestations.
- 9 Si un fournisseur de prestations perd son affiliation à la société de Médecine, son adhésion à la convention prend fin à la prochaine date de résiliation pour autant qu'il n'adhère pas à ladite convention en tant que non-membre de l'association (cf. art. 3, al. 3).

Art. 4 Champ d'application et étendue des prestations

- 1 La présente convention règle le remboursement des prestations ambulatoires de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, qui figurent dans la structure tarifaire TARMED approuvée par le Conseil fédéral et qui sont applicables, et qui doivent être réalisées en cabinet privé dans le canton signataire.
- 2 La présente convention règle les relations entre les fournisseurs de prestations et les assureurs qui y ont adhéré par consentement écrit (art. 3).
- 3 La valeur du point tarifaire à appliquer se base sur l'art. 41, al. 1 LAMal.
- 4 Les fournisseurs de prestations qui fournissent des prestations ambulatoires à l'hôpital en leur propre nom et avec leur propre numéro RCC, sont également soumis à la présente convention pour ces prestations. Dans ce cas, ils doivent s'assurer que les prestations fournies à l'hôpital ne sont pas décomptées par ce dernier. Les assureurs sont autorisés à demander au fournisseur de prestations et à l'hôpital de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer le décompte correct des prestations et d'éviter ainsi que des prestations soient facturées à double.

- ⁵ La convention s'applique aux assurés ayant droit à la prise en charge de prestations au bénéfice d'une assurance obligatoire des soins (AOS) auprès d'un assureur selon l'Annexe 1.

Art. 5 Obligations du fournisseur de prestations et de l'assureur

Art. 5.1 Obligations du fournisseur de prestations

- ¹ Les informations suivantes doivent figurer sur toute la correspondance et les factures échangées entre le fournisseur de prestations et les assureurs.
- données de la personne assurée: nom, prénom, adresse, date de naissance, sexe, numéro d'assuré;
 - désignation de l'assureur;
 - données du fournisseur de prestations: N° RCC, n° GLN;
 - données du cas: numéro de cas, numéro de patient.

Art. 5.2 Obligations de l'assureur

L'assureur n'est tenu de prendre en charge une prestation que dans la mesure où d'autres assureurs n'ont pas à assumer les coûts correspondants, conformément à la LAA, la LAI ou la LAM. L'obligation de prise en charge provisoire conformément aux dispositions légales (art. 70 LPGA) prime le présent accord contractuel.

Art. 6 GLN / Numéro de registre des codes-créanciers

- ¹ La FMH fournit un numéro GLN à tous les médecins.
- ² Conformément à l'art. 36a LAMal, tout fournisseur de prestations reconnu doit disposer d'un code-créancier (numéro RCC), basé sur ce numéro GLN et les données communiquées via l'autorisation de facturation. Le fournisseur de prestations établit les factures avec ce numéro RCC. Les numéros personnels GLN et RCC doivent figurer sur chaque facture et ordonnance (art. 11).
- ³ Les codes-créanciers habituels sont maintenus.

Art. 7 Exclusion de certains fournisseurs de prestations

L'exclusion de fournisseurs de prestations ne peut être demandée que pour des motifs importants. La partie contractante requérante doit adresser à la partie adverse une demande d'exclusion avec une justification écrite. Cette dernière communique sa décision au fournisseur de prestations ou à l'assureur concerné. Si une CPC est compétente, la décision peut lui être adressée avant d'être transmise au tribunal arbitral cantonal au sens de l'art. 89 LAMal.

Art. 8 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 des assurés est expressément garanti par les parties contractantes. Demeurent réservées les possibilités de restrictions du libre choix du médecin prévues dans les dispositions légales (p. ex. formes particulières d'assurance au sens de l'art. 62 LAMal).

Art. 9 Économicité et assurance qualité

- ¹ Le fournisseur de prestations s'engage à fournir les prestations de manière efficace, appropriée et économique, au sens des articles 32 et 56 LAMal, tout en respectant les standards de qualité actuels selon l'art. 58 LAMal et l'art. 77 OAMal.
- ² Pour documenter l'efficacité, l'adéquation et l'économicité, le fournisseur de prestations transmet, sur demande de l'assureur, les documents médicaux requis à cette fin, dans le cadre des dispositions légales applicables.
- ³ Si des incohérences sont relevées par les assureurs lors de la vérification de l'économicité, ces dernières seront discutées avec la société de Médecine, et des mesures communes appropriées seront engagées.

Art. 10 Valeur du point tarifaire

La valeur du point tarifaire en vigueur figure à l'Annexe 3.

Art. 11 Structure tarifaire TARMED

- ¹ Pour le remboursement de prestations ambulatoires en cabinet médical, la structure tarifaire TARMED, valable le jour du traitement, s'applique (comme c'est le cas depuis le 1er janvier 2004 dans la LAMal). Le décompte est effectué conformément à la version la plus récente de la structure tarifaire TARMED approuvée par le Conseil fédéral.
- ² La Commission paritaire 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 à la présente convention.

Art. 12 Facturation et remboursement (art. 42 LAMal)

- ¹ Le débiteur de la rémunération des prestations médicales dans le cadre de la LAMal est soit l'assuré (système du tiers garant), soit l'assureur (système du tiers payant).

- 2 Le fournisseur de prestations établit la facture conformément au tarif en vigueur sur le lieu où la prestation a été fournie.
- 3 L'assureur rembourse au fournisseur de prestations les coûts de ses prestations sur la base de la structure tarifaire et des tarifs convenus contractuellement.
- 4 Les prestations suivantes peuvent être décomptées (livraison détaillée) sur la même facture que les prestations Tarmed selon le tarif 001: prestations de laboratoire, médicaments destinés au traitement, remise de médicaments (remise directe de médicaments si elle est autorisée par le canton), consommables, dialyse, remise de moyens auxiliaires selon la LiMA. Les codes tarifaires figurant à l'annexe 3 B) doivent être utilisés.
- 5 Si un assuré change d'assureur au 30 juin ou au 31 décembre, le fournisseur de prestations établit sur demande de l'assuré, et ce, au plus tard jusqu'au 15 août de l'année civile ou au 15 février de l'année suivante, une facture intermédiaire au 30 juin ou au 31 décembre.
- 6 Le décompte dans le système du tiers payant est en principe réalisé sous forme électronique. Dans ce cas, le fournisseur de prestations s'engage à transmettre la facture conformément à la norme XML actuellement en vigueur (Forum Datenaustausch) dans le cadre des dispositions légales.
- 7 Si le décompte dans le système du tiers payant est réalisé sur support papier, le fournisseur de prestations établit la facture sur le formulaire de facture uniforme actuel, conformément aux prescriptions du Forum Datenaustausch.
- 8 L'assureur verse la rémunération due au fournisseur de prestations dans les 30 jours. Un délai de 25 jours s'applique en principe en cas de décompte électronique.
- 9 Le délai court à partir de la date à laquelle l'assureur dispose ou aurait pu disposer de toute la documentation nécessaire pour le contrôle de la facture conforme à la convention et à la loi.
- 10 La facturation d'arriérés de l'assuré envers l'assureur à la charge du fournisseur de prestations est exclue.
- 11 La facturation et la transmission des données pertinentes pour le décompte lors de la facturation à l'assureur sont gratuites.

Art. 13 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 fournisseur de prestations a le droit de conclure un accord avec l'assureur visant à payer directement la facture au médecin ou à l'institution.
- 2 Les assureurs s'engagent à accepter une reprise des dettes sans réserves si les conditions de reprise sont remplies, conformément à l'Annexe 4 de la présente convention, et si toutes les primes

et participations aux coûts ont été payées par l'assuré ou par un tiers. Les conditions et la procédure sont réglées à l'Annexe 4.

Art. 14 Embauche de médecins et collaboration sous la forme juridique d'une personne morale

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

Art. 15 Sanction en cas de violation de la convention

Si un fournisseur de prestations ou un assuré ayant adhéré à la présente convention n'en respecte pas les dispositions ou celles de ses annexes, de la LAMal (notamment la répercussion des avantages perçus, 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. 16 Divergences d'opinions et questions d'interprétation

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

Art. 17 Début, durée et résiliation de la convention

- ¹ La présente convention entre en vigueur le 01.01.2018 et est valable pour une durée indéterminée.
- ² La convention peut être résiliée par chacune des parties contractante pour la fin d'une année civile moyennant un délai de résiliation de six mois, pour la première fois au 31.12.2018. La seule Annexe 3 peut également être résiliée; dans ce cas, le même délai s'applique.
- ³ La présente convention remplace tous les contrats ou conventions tarifaires ayant le même objet pour les fournisseurs de prestations, assureurs qui y sont soumis, ainsi que HSK. Sont également concernés les contrats et conventions tarifaires conclus avec d'éventuelles organisations antérieures.
- ⁴ Si une nouvelle structure tarifaire uniforme est introduite à l'échelon fédéral, cette convention est automatiquement résiliée à la date d'entrée en vigueur en question.

- ⁵ Si, toutefois, seules certaines parties de la structure tarifaire sont modifiées, la convention existante demeure applicable. Les adaptations seront reprises en même temps que leur entrée en vigueur ou approbation.

Art. 18 Approbation

- ¹ Conformément à l'art. 46, al. 4 LAMal, la présente convention doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent.
- ² Les fournisseurs de prestations et les assureurs affiliés ont connaissance de l'effet constitutif de la décision d'approbation du gouvernement cantonal compétent. Si aucune approbation n'a encore été donnée à la date d'entrée en vigueur de la présente convention ou si aucun tarif provisoire fixé par les autorités n'est applicable, les assureurs affiliés et le fournisseur de prestations octroient les prestations dont ils sont contractuellement redevables comme si la convention avait été approuvée en l'état. Au cas où le gouvernement cantonal compétent, 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 les six mois suivant la date de la décision d'approbation du gouvernement cantonal compétent. Le délai de péremption d'un an pour les demandes de remboursement éventuelles commence à courir à la date de la décision d'approbation du gouvernement cantonal compétent.
- ³ La procédure d'approbation est engagée par la Société de Médecine. Elle transmet à HSK une copie de la demande d'approbation ou informe HSK de la requête (date). Les éventuelles taxes correspondantes sont prises en charge à parts égales par les parties à la convention.

Art. 19 Annexes à la convention

Les annexes ci-après font partie intégrante de la présente convention et ne peuvent être résiliées séparément. L'Annexe 3 est une exception (cf. art. 11 et art. 18, al. 2).

Annexe 1	Assureurs affiliés
Annexe 2	Adhésion, taxes d'adhésion / contributions aux frais
Annexe 3	Tarif applicable
Annexe 4	Reprise des dettes

Art. 20 Réserve de la 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 à la convention. Si une modification relève

des dispositions de l'art. 46, al. 4 LAMal, l'approbation constitutive du gouvernement cantonal compétent demeure réservée.

Art. 21 Clause salvatrice

Si une ou plusieurs dispositions de la présente convention venaient à être nulles, caduques ou sans effet, la validité de la convention n'en serait pas affectée par ailleurs. Toute disposition nulle, caduque ou sans effet devra être remplacée par une réglementation se rapprochant autant que possible de l'esprit et de la signification économique souhaités par les parties. Si une modification relève des dispositions de l'art. 46, al. 4 LAMal, l'approbation constitutive du gouvernement cantonal compétent demeure réservée.

Art. 22 Droit applicable / instance de conciliation

- ¹ La présente convention est soumise au droit suisse.
- ² En cas de litiges, la CPC, si elle est compétente, puis le tribunal arbitral cantonal au sens de l'art. 89 LAMal doivent être saisis.

Art. 23 Dispositions finales

La présente convention est établie et signée en trois exemplaires. Un exemplaire de la convention est destiné à chacune des deux parties à la convention, ainsi qu'à l'autorité d'approbation.

Pour **la Société de Médecine:**

Fribourg, le 23.08.18



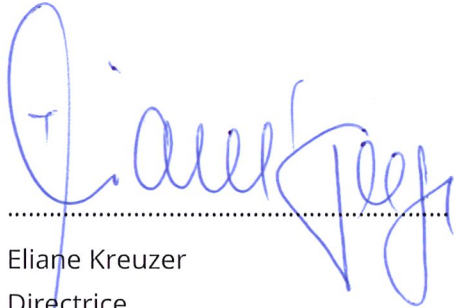
.....
Dr Jean-Marie Michel
Président



.....
Dr Rémy Boscacci
Président CIP

Pour la **communauté d'achat HSK SA:**

Dübendorf, le 26.06.2018


.....
Eliane Kreuzer
Directrice
.....
Riadh Zeramdini
Responsable Région Romandie, Directeur-adjoint

Annexe 1 – Assureurs affiliés

(État 01.01.2018)

Sont affiliés à la présente convention les assureurs suivants:

A) Helsana Assurances SA

- Progrès Assurances SA

B) Sanitas Assurances de baseSA

- Compact Assurances de base SA

C) CPT Caisse-maladie SA

Annexe 2 – Adhésion, taxes d'adhésion / contributions aux frais pour les non-membres

Conformément à l'art. 3 de la présente convention, et en se basant sur l'art. 46, al. 2 LAMal, les parties contractantes conviennent de ce qui suit:

- ¹ La société de Médecine perçoit, de la part 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 de la convention, de la création des bases de données requises, de l'exécution de la convention et de l'activité d'une éventuelle commission paritaire de confiance.
- ³ Le montant de la taxe d'adhésion et la contribution annuelle aux frais pour les non-membres de l'association sont fixés par la société cantonale de médecine.
- ⁴ En cas de résiliation de la convention par un non-membre de l'association au cours de l'année, la contribution annuelle aux frais reste toutefois due en totalité.
- ⁵ La taxe d'adhésion et la contribution annuelle aux frais doivent être payées d'avance et sont échues à la remise de la déclaration d'adhésion ou au 31 décembre avant 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. À l'expiration de ce délai, le non-membre de l'association se verra retirer l'autorisation de facturer.

Annexe 3 – Tarif applicable

A) Prestations et prix

La valeur du point tarifaire TARMED est de CHF 0.91.

B) Autres prestations

Pour les autres prestations, respectivement les prestations mentionnées à l'Art. 13, al. 4 qui ne peuvent être attribuées à aucun code tarifaire, les règles suivantes s'appliquent:

Code du tarif	Désignation	Remarques
317	Liste fédérale des analyses (LA)	
400	Catalogue de médicaments code Pharma	Valable aussi pour les produits de la LiMA avec code Pharma
402	Catalogue de médicaments GTIN (LS / HL / LPPA / LiMA)	
403	Catalogue de médicaments swissmedic	
410	Liste des médicaments avec tarif (LMT)	
452	LiMA: liste des moyens et appareils	
500	Traitements par dialyse ambulatoire (SVK et H+)	
406	Autres prestations non définies dans des tarifs officiels (médecin LAMa/LCA)	Par ex. Tarif 406/Pos. 2000 matériel à usage courant selon Tarmed GI-20
999	Prestations ne figurant dans aucun des tarifs énumérés	

Les factures avec des prestations sans code ou position tarifaire correct peuvent être refusées par l'assureur pour correction.

Annexe 4 – Reprise des dettes

- ¹ Le fournisseur de prestations peut exiger une reprise des dettes de l'assureur si le patient:
 - a) est bénéficiaire de l'aide sociale;
 - b) a déposé une demande d'asile, a bénéficié d'une protection temporaire ou si une admission temporaire lui a été accordée (art. 1, al. 2 let. c OAMal);
 - c) décède avant la facturation et si la facture n'est pas payée dans un délai de 6 mois;
 - d) est soigné aux urgences et que les chiffres a-c s'appliquent dans son cas.
- ² La signature de l'assuré, du représentant légal ou d'une personne autorisée est requise dans tous les cas. La signature peut également être apposée après le versement des prestations. Une reprise des dettes par l'assureur intervient si le paiement n'est pas effectué dans les 6 mois.
- ³ La reprise des dettes peut être demandée pour les montants de facture restants ou futurs, mais dans un délai maximal de 12 mois par signature du patient. La reprise des dettes doit intervenir avant la facturation (excepté l'art. 1, ch. c et d).
- ⁴ La reprise des dettes s'applique à la partie de la facture qui reste après déduction de la quote-part et d'une franchise et si les primes et les participations aux coûts restantes ont été acquittées par l'assuré ou par un tiers.
- ⁵ Les objections et exceptions que l'assureur a envers le patient dans le cadre de la relation contractuelle peuvent être soulevées à l'encontre du fournisseur de prestations.
- ⁶ S'il existe entre le fournisseur de prestations et l'assureur un accord relatif à la reprise des dettes dans un cas concret (valable au maximum 12 mois), le fournisseur de prestations doit envoyer la facture à l'assureur (tiers soldant). Une copie de la facture doit être envoyée au patient.
- ⁷ L'assureur verse la rémunération due au fournisseur de prestations dans les 30 jours. Un délai de 25 jours ou un délai selon les usages en vigueur chez les divers assureurs s'applique en cas de décompte électronique.
- ⁸ Le délai court à partir de la date à laquelle l'assureur dispose ou aurait pu disposer de toute la documentation nécessaire pour le contrôle de la facture conforme à la convention et à la loi.