



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



santésuisse



AWK GROUP

Consulting
Engineering
Project Management

Echange de données sur la réduction des primes selon l'art. 65 LAMal

Concept « Echange de données sur la réduction des primes »

Conférence suisse des directrices et
directeurs cantonaux de la santé CDS
Maison des cantons
Speichergasse 6
3000 Berne

santésuisse
Römerstrasse 20
4502 Solothurn

09.05.2017



Informations sur le document

Titre :	Concept « Echange de données sur la réduction des primes »	
Date de publication :	09.05.2017	
Version :	2-4	
Statut :	Version après la procédure de consultation	
Nombre de pages :	58 hors annexes	
Responsable du document :	Lukas Wehrli	
Vérifié par :	Groupe de travail technique et de pilotage ED-RP, procédure de consultation auprès de tous les assureurs-maladie et cantons	
Approuvé par :	Groupe de pilotage ED-RP	Date : 09.05.2017

Ce rapport est confidentiel et est uniquement destiné au donneur d'ordre. Celui-ci dispose du droit d'utiliser les résultats du travail d'AWK pour l'objet convenu. Toute utilisation hors mandat est exclue.

AWK GROUP SA

Leutschenbachstrasse 45, Case postale, CH-8050 Zurich,
T +41 58 411 95 00, www.awk.ch

Zurich • Berne • Bâle • Lausanne



Versions

Version	Date	Principales modifications	Responsable
1-0 / définitive	13.12.2011	Approbation par le groupe de pilotage CDS/santésuisse	Pich / Gom
1-1 / définitive	06.02.2012	Reprise des anciennes données (<i>chapitre effacé</i>). Nouveaux types pour l'état des décisions afin de pouvoir annoncer le numéro courant (chapitres 4.6.9 et 4.6.11). Code des Etats selon l'OFS au lieu des normes ISO (chapitres 3.2.17, 4.3.1, 4.3.8, 4.6.14, 4.6.21 et 4.6.2). Format du numéro de référence de la décision (chapitre 4.6.9).	Mea
1-2 / définitive	02.04.2012	Annonce « Confirmation de la modification du rapport d'assurance » supprimée (chapitres 3.5, 4.5 et 4.6). Généralisation de RP au lieu de RIP dans tout le document. Pas de numéro courant dans l'effectif des assuré-e-s (chapitres 3.8 et 4.6.18). Références de l'expéditeur (chapitre 4.6.7). Pas de prolongation d'une décision de RP (chapitres 3.2.3 et 3.4.1). Complément pour l'annonce groupée (chapitre 4.3.5)	Mea
2-0 / définitive	20.06.2012	Précisions concernant les dispositions d'application (chapitres 3.2.1, 3.2.4, 3.2.7, 3.2.10, 3.2.13, 3.2.14, 3.2.15, 3.2.17, 3.2.18 et 3.2.19). Précision concernant le processus d'annonce (chapitres 3.3 à 3.9). En particulier : décision trop éloignée dans le futur, personnes exclues, absence d'acte de défaut de biens (chapitres 3.3.1 et 3.3.2), annonce d'une interruption avec la décision initiale (chapitre 3.4.1), motifs d'annonce d'une modification du rapport d'assurance (chapitre 3.5.1), précisions à propos du décompte annuel (chapitre 3.9.1), modifications futures (chapitre 4.3.3), séquences XML Escape (chapitre 4.3.10), suivi de l'interface de données selon les modifications susmentionnées (chapitres 4.6.3, 4.6.4, 4.6.6, 4.6.10, 4.6.13, 4.6.13, 4.6.16, 4.6.19, 4.6.20, 4.6.24, 4.6.25, 4.6.28, 4.6.29, 4.6.28 et 4.6.32).	Mea
2-1 / définitive	04.03.2013	Actualisation des documents référencés (page 6), description et illustration des processus d'annonces (chapitre 3.1), dispositions d'application (chapitres 3.2.15, 3.2.16 et 3.2.17), précisions concernant les processus d'annonces (chapitres 3.3.2, 3.3.3, 3.4.3, 3.5.1, 3.6.1, et 3.7.1), version de schéma (chapitre 4.1), dispositions techniques d'application (chapitres 4.3.1, 4.3.3, 4.3.5, 4.3.9 et 4.3.10), adaptations au schéma (chapitres 4.6.2, 4.6.11, 4.6.13, 4.6.14, 4.6.19, 4.6.22, 4.6.23, 4.6.28 et 4.6.29).	Mea
2-2 / définitive	15.07.2013	Précisions apportées aux sections suivantes : dispositions d'application (chapitres 3.2.12, 3.2.19 et 3.2.19), processus d'annonce (chapitres 3.4.1, 3.4.3, 3.5.1 et 3.9.1), exemple jour de référence et décompte annuel (chapitre 3.11), dispositions techniques d'application (chapitres 4.3.4 et 4.3.10), précisions apportées au niveau des types (chapitres 4.6.6, 4.6.20, 4.6.25 et 4.6.28). Aucune modification n'a été apportée au schéma.	Mea
2-3 / projet	31.07.2014	Précisions apportées aux dispositions d'application (chapitres 3.2.1, 3.2.4, 3.2.16, 3.2.17, 3.2.18, 3.3.1, 3.3.2, 3.4.1, 3.4.3, 3.5.1, 3.8.1, 3.9.1, 3.11, 4.3.6, 4.3.9-13, 4.6.4, 4.6.13, 4.6.15, 4.6.19-20, 4.6.25, 4.6.28, 5.3) Supprimé : 3.2.19 Modifications des motifs de rejets : 4.6.13, 4.6.20 Nouvel exemple : (<i>a de nouveau été effacé dans la version 2-4</i>)	azu
2-4 / ébauche		Révision suite à l'arrêt du Tribunal fédéral (ATF 142 V 87)	



Abréviations et terminologie

Abréviation	Description
AI	Assurance invalidité
AM	Assureurs maladie
AOS	Assurance obligatoire des soins
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CC	Caisse de compensation
CCC	Caisse cantonale de compensation
CdC	Centrale de compensation. Assure la tenue des registres centraux (assurés, bénéficiaires de rentes) et constitue, depuis des décennies, une plateforme centralisée d'échange de données, notamment pour les caisses de compensation.
CDS	Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé
eCH	Association pour l'encouragement, le développement et l'adoption de standards d'E-Gouvernement en Suisse
ED	Echange de données
HMO	Health Maintenance Organization
IC LAMal	Institution commune LAMal
LAM	Loi fédérale sur l'assurance militaire
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LPC	Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
NAVS13	Numéro AVS à 13 chiffres
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
OAS	Office des assurances sociales
OE	Organe d'exécution, à savoir l'autorité cantonale compétente selon l'art. 106b, al. 1 OAMal
OEDRP-DFI	Ordonnance du DFI sur l'échange de données sur la réduction des primes
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFS	Office fédéral de la statistique
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OPC	Ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OPC-AVS/AI)
ORPM	Ordonnance sur les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes dans l'assurance maladie
ORPMCE	Ordonnance concernant la réduction des primes dans l'assurance-maladie en faveur des rentiers qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège
PC	Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI
RP	Réduction des primes (RIP ou montant forfaitaire pour l'AOS selon l'art. 10, al. 3, let. d LPC)
RIP	Réduction individuelle des primes
sedex	Abréviation de « secure data exchange ». Plateforme d'échange sécurisée et générique de l'OFS. Cette dernière est utilisée, selon la loi sur l'harmonisation de registres (LHR), pour le transfert de données réglé par la loi et les livraisons à la statistique.
XML	Extensible Markup Language. Langage de balisage permettant de représenter des données sous forme de texte hiérarchiquement structuré



Documents de référence

Documents :

Titre	Date
[1] Concept ED-RIP, Version 2.0	06.07.2011
[2] Organisation de projet de mise en œuvre de l'échange de données pour les art. 65 et 64a LAMal	27.06.2011
[3] Concept de test et d'introduction « Echange de données sur la réduction des primes », version 2-1	21.08.2013
[4] Concept d'exploitation « Echange de données sur la réduction des primes », version 1-2	01.01.2016
[5] Concept « Echange de données au titre de l'article 64a LAMal »	28.10.2016

Informations concernant les RP, les caisses-maladie, sedex et les thèmes apparentés :

Document	URL
LPGA	Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/830.1.fr.pdf
OAMal	Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), modifications du 22 juin 2011, dont en particulier les articles 106b à 106e entrés en vigueur au 1 ^{er} janvier 2012 http://www.admin.ch/ch/f/as/2011/3527.pdf
Commentaire OAMal	Commentaire et teneur des modifications : Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), modifications prévues pour le 1er janvier 2012 https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/it/dokumente/alt/ergaenzungsleistungen/gesetzgebung/kvg_65_erlaeuterungenelv112012.pdf.download.pdf/lamal_65_commentoopc112012.pdf
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, dont en particulier l'art. 65 http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/832.10.fr.pdf
OEDRP-DFI	Ordonnance du DFI du 13 novembre 2012 sur l'échange de données sur la réduction des primes www.admin.ch/ch/f/rs/8/832.102.2.fr.pdf
Commentaire OEDRP-DFI	Commentaire et teneur : Ordonnance du DFI du 13 novembre 2012 sur l'échange de données relatif à la réduction des primes (OEDRP), entrée en vigueur prévue pour le 1er janvier 2013 https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv-aufsicht/rakv7/erlassadpvhuit.pdf.download.pdf/kommentar-erlass-huit.pdf
ORPM	Ordonnance du 7 novembre 2007 sur les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes dans l'assurance maladie http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/832.112.4.fr.pdf
ORPMCE	Ordonnance du 3 juillet 2001 concernant la réduction des primes dans l'assurance-maladie en faveur des rentiers qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20011353/index.html
Index des organes d'exécution RP	https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv-aufsicht/bakv/pramienverbilligung/praemienvblligniveau5/zustaendige-stellen-pv-2016.pdf.download.pdf/zustaendige-stellen-pv-2016.pdf
Liste des assureurs-maladie admis	https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv-aufsicht/rakv/krankenkassen-verzeichnis.pdf.download.pdf/krankenkassen-verzeichnis.pdf
Nombre d'assuré-e-s par assureur-maladie et par canton (statistique de l'assurance-maladie obligatoire)	https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/zahlen-fakten/statistiken-zur-krankensversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankensversicherung.html
Information CDS	Information de la CDS sur la réalisation de la RP au niveau des cantons http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=581&L=1
LPC	Loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC), dont en particulier l'art. 21a



	http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/831.30.fr.pdf
OPC-AVS/AI	Ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, modification du 22 juin 2011 (entrée en vigueur au 1 ^{er} janvier 2012), dont en particulier l'art. 22 al. 5 et l'art. 54a al. 5 http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/831.301.fr.pdf
Régions de primes	Définition des régions de primes 2012 par l'OFSP https://www.priminfo.ch/praemien/regionen/fr/index.php
Manuel sedex	Manuel pour les fournisseurs de software chargés de développer une interface entre les applications participatives et l'adaptateur sedex : https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/315872/master
ATF 142 V 87 (9C_268/2015)	Arrêt du Tribunal fédéral du 3 décembre 2015, selon lequel le principe de la divisibilité de la prime mensuelle vaut pour le début et la fin des rapports relevant de l'assurance obligatoire des soins : http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?lang=de&zoom=&type=show_document&highlight_docid=atf%3A%2F%2F142-V-87%3Ade
Lettre d'information OFSP sur l'ATF 9C_268/2015	Information de l'OFSP sur la mise en œuvre de l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 décembre 2015 (9C 268/2015) https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv-aufsicht/rakv3/infoschr-2016-04-06-bge-9c-268-2015.pdf.download.pdf/infoschr-2016-04-06-bge-9c-268-2015.pdf
Circulaire OFSP sur la suspension militaire	Suspension de l'obligation d'assurance pour les personnes effectuant un service long (version du 27 mai 2016) https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/kuv-aufsicht/rakv2/ks-1-2-sistierung-versicherung-dienst.pdf.download.pdf/ks-1-2-sistierung-versicherung-dienst.pdf



Groupe de pilotage ED-RP

Membres du groupe de pilotage durant la révision du concept (élaboration version 2-4) :

Nom	Institution
Charles Allet	Service de la santé publique VS
Olivier Baehler	Groupe Mutuel
Max Bühler	SWICA assurance maladie SA
Philippe Candolfi	Visana
Andreas Dummermuth	Ausgleichskasse SZ
Rolf Häner	Office des assurances sociales BE
Dominique Marcuard	BAG, conseil consultatif
Silvia Marti	GDK (co-direction)
Andreas Meier	AWK Group AG, conseil consultatif
Kurt Müller	BSV, conseil consultatif
Axel Reichlmeier	santésuisse (co-direction)
Lukas Wehrli	AWK Group AG, conseil consultatif

Groupe de travail technique ED-RP

Membres du groupe de travail technique durant la révision du concept (élaboration version 2-4) :

Nom	Institution
Max Bühler	SWICA assurance maladie SA
Emmanuel Champredonde	Adcubum AG
Olivier Guignard	Office vaudois de l'assurance-maladie
Erwin Hitz	CSS
Sascha Jakobovic	IGS GmbH
Markus Jutzi	Office des assurances sociales BE
Michele Moscatiello	Adcubum AG
Rita Pleisch	Helsana
Wilhelm Randelshofer	CSS
Christian Senning	AWK Group AG
Lukas Wehrli	AWK Group AG (gestion)
Rainer Witzig	Sozialversicherungsanstalt AG



Table des matières

1.	Généralités	11
1.1.	Entrée en vigueur	11
1.2.	Disposition transitoire.....	11
2.	Introduction.....	11
2.1.	Situation initiale.....	11
2.2.	Limites	12
2.3.	Structure de la documentation	12
3.	Processus d'annonce	13
3.1.	Aperçu des processus d'annonce	13
3.2.	Dispositions d'application.....	15
3.2.1.	Validité d'une décision RP	15
3.2.2.	Décisions concernant plusieurs personnes	16
3.2.3.	Date d'échéance d'une décision RP.....	17
3.2.4.	Décisions à effet rétroactif ou à effet différé	17
3.2.5.	Prime tarifaire, prime tarifaire divisée et prime tarifaire cumulée	17
3.2.6.	Plafonnement.....	18
3.2.7.	Suspension de l'obligation d'assurance pour les personnes soumises à l'assurance militaire.....	18
3.2.8.	Réduction de primes en cas de prestations complémentaires (PC).....	19
3.2.9.	Traitement des décisions dans les mois partiels.....	19
3.2.10.	Changement de canton	20
3.2.11.	Décompte annuel	20
3.2.12.	Fusion, rachat, séparation, nouvelle création, dissolution, faillite.....	21
3.2.13.	Identification univoque d'une décision RP	23
3.2.14.	Adresse de la personne assurée.....	23
3.2.15.	Séquence de traitement et numéro courant.....	23
3.2.16.	Fréquence des annonces et temps de réponse.....	24
3.2.17.	Livraison des données de l'assureur-maladie à l'organe d'exécution	25
3.2.18.	Annonce de l'assureur précédent et de l'assureur suivant.....	25
3.2.19.	Jour de référence	26
3.3.	Processus d'annonce 1 « Nouvelle décision »	26
3.3.1.	Annonce « Décision »	26
3.3.2.	Annonce « Rejet de la décision »	26
3.3.3.	Annonce « Confirmation de décision »	27
3.4.	Processus d'annonce 2 « Interruption d'une décision »	28
3.4.1.	Annonce « Interruption »	28
3.4.2.	Annonce « Confirmation d'interruption ».....	28
3.4.3.	Annonce « Rejet d'interruption »	28
3.5.	Processus d'annonce 3 « Modification du rapport d'assurance »	29
3.5.1.	Annonce « Modification du rapport d'assurance »	29



3.6.	Processus d'annonce 4 « Demande de rapport d'assurance »	30
3.6.1.	Annonce « Demande de rapport d'assurance ».....	30
3.6.2.	Annonce « Réponse personne assurée ».....	31
3.7.	Processus d'annonce 5 « Etat des décisions »	31
3.7.1.	Annonce « Etat des décisions »	31
3.8.	Processus d'annonce 6 « Effectif des assuré-e-s ».....	32
3.8.1.	Annonce « Effectif des assuré-e-s ».....	32
3.9.	Processus d'annonce 7 « Décompte annuel »	32
3.9.1.	Annonce « Décompte annuel »	32
3.10.	Exemple d'application	33
3.11.	Exemple « jour de référence » et « décompte annuel »	36
3.11.1.	Jour de référence	36
3.11.2.	Décompte annuel	37
4.	Spécification de l'annonce	37
4.1.	Version du schéma	37
4.2.	Utilisation de sedex.....	37
4.3.	Dispositions techniques d'application.....	38
4.3.1.	Utilisation des standards eCH	38
4.3.2.	Structure fondamentale de chaque annonce	39
4.3.3.	Contrôle du schéma/validation	40
4.3.4.	Numéro courant	40
4.3.5.	Utilisation d'annonces groupées.....	40
4.3.6.	Structure des données de l'annonce	40
4.3.7.	Modèle de données et référencement	41
4.3.8.	Données personnelles contenues dans toutes les annonces	42
4.3.9.	Adressage.....	42
4.3.10.	Formatage XML	43
4.3.11.	Format des dates et des heures	43
4.3.12.	Doubles annonces	43
4.4.	Cadre de l'annonce.....	44
4.5.	Types d'annonces et types de sous-annonces	45
4.6.	Types.....	46
4.6.1.	actionType (code d'action)	46
4.6.2.	addressType (adresse)	46
4.6.3.	agencyType (organe d'exécution)	47
4.6.4.	bagNumberType	47
4.6.5.	bonusType (produit bonus).....	47
4.6.6.	businessProcessIdType (numéro courant)	47
4.6.7.	declarationLocalReferenceType (références de l'expéditeur).....	47
4.6.8.	decreeConfirmationType (confirmation de décision).....	48
4.6.9.	decreeIdType (Numéro de référence de la décision)	48
4.6.10.	decreeInventoryType (état des décisions)	48



4.6.11.	decreeInventoryElementType (éléments de l'état des décisions)	48
4.6.12.	decreeRejectType (rejet d'une décision)	49
4.6.13.	decreeRejectReasonType (motif du rejet d'une décision).....	49
4.6.14.	decreeType (décision).....	49
4.6.15.	insuranceDataType (données de l'assureur-maladie).....	50
4.6.16.	insuranceInventoryType (effectif des assuré-e-s)	50
4.6.17.	insuranceQueryType (demande de rapport d'assurance).....	50
4.6.18.	insuranceQueryResultType (réponse rapport d'assurance).....	51
4.6.19.	mutationReasonType (motif d'une modification du rapport d'assurance).....	51
4.6.20.	mutationType (modification du rapport d'assurance)	51
4.6.21.	personType (identification de la personne).....	51
4.6.22.	premiumAgeType (groupe de primes)	52
4.6.23.	premiumGroupType (groupe tarifaire)	52
4.6.24.	premiumRegionType (région de primes)	52
4.6.25.	statementType (décompte annuel)	52
4.6.26.	statementContributionYearType (montant annuel dans le décompte annuel).....	52
4.6.27.	statementPersonType (inscription d'une personne dans le décompte annuel).....	53
4.6.28.	statementPersonPeriodType (période).....	53
4.6.29.	stopType (annulation ou abrégement).....	53
4.6.30.	stopConfirmationType (confirmation d'annulation ou d'abrégement)	53
4.6.31.	stopRejectType (rejet d'annulation ou d'abrégement).....	53
4.6.32.	stopRejectReasonType (motif du rejet d'une interruption)	54
5.	Exemples.....	54
5.1.	Nouvelle décision.....	54
5.2.	Confirmation de nouvelle décision	55
5.3.	Décompte annuel.....	56



1. Généralités

Pour améliorer la lisibilité du présent document, les désignations des professions et des personnes sont libellées, soit au masculin, soit au féminin. Il est toutefois évident que les deux genres sont concernés.

1.1. Entrée en vigueur

La version 2-4 du 09.05.2017 entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

1.2. Disposition transitoire

L'année de prime de la décision RP (c'est-à-dire la période durant laquelle la décision RP est valable, cf. chapitre 3.2.1) détermine le traitement du plafonnement des mois partiels (cf. chapitre 3.2.9) et de la suspension militaire (cf. chapitre 3.2.7 et 3.9.1). La date d'envoi de l'annonce de la décision n'a aucune influence. Selon l'année de prime, les dispositions suivantes sont applicables:

- Pour l'année de prime 2015 et toutes les années antérieures, la disposition de la version 2-3 du concept du 31 juillet 2014 s'applique. Cela signifie que le plafonnement concerne la prime tarifaire décrite au chapitre 3.2.5 et seuls des mois complets¹ de suspension militaire sont possibles.
- Il n'y a pas de disposition explicite pour l'année de prime 2016, mais les législations cantonales doivent être respectées.
- Pour l'année de primes 2017, les réglementations cantonales s'appliquent. Il est donc recommandé d'appliquer la version 2-4 du concept déjà pour l'année de primes 2017. Il faut s'assurer que l'ATF 142 V 87 et les réglementations cantonales (plafonnements) sont à tout moment mises en œuvre.
- Pour l'année de prime 2018 et les années suivantes, le présent concept (version 2-4) s'applique. Cela signifie que le plafonnement concerne la prime tarifaire divisée (cf. chapitre 3.2.5) et la suspension militaire est comptabilisée selon le calcul au jour près dans le décompte annuel.

2. Introduction

2.1. Situation initiale

Suite à la modification intervenue au niveau de l'article 65 LAMal (modification du 19.03.2010), les montants alloués au titre de la réduction des primes sont versés dans tous les cantons directement aux assureurs. Selon l'art. 65, al. 2 de la LAMal, l'échange de données mis en place dans ce domaine doit avoir lieu selon un standard unifié. Ce standard est introduit au 1^{er} janvier 2014 avec force obligatoire. Dans 19 cantons, les caisses de compensation ou l'office des assurances sociales sont responsables de l'exécution des réductions des primes, alors que dans le reste des cantons, cette tâche peut être attribuée par exemple à l'administration fiscale.

¹ Exception : La période du 3 décembre 2015 (date de l'arrêt du Tribunal fédéral ATF 142 V 87) jusqu'au 31 décembre 2015 doit être traitée comme l'année de prime 2016.



Du côté des cantons, c'est la Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS) qui assume la conduite d'une mise en œuvre coordonnée du nouvel échange de données. Etant donné que dans les cantons, la responsabilité de cette mise en œuvre incombe généralement aux caisses de compensation, respectivement aux offices des assurances sociales, et qu'il s'agit également de mettre en place une standardisation technique, c'est la société eAVS/AI qui est chargée de la mise en œuvre effective et de l'introduction des mesures nécessaires. L'organisation d'exploitation actuelle est décrite dans le concept d'exploitation [4].

Le concept commun « Echange de données RIP 2.0 », élaboré en collaboration entre la CDS et santésuisse sur la base du concept RIP 6.0 de santésuisse, sert de base à la mise en œuvre technique du système. Le concept « Echange de données sur la réduction des primes » en version 2.3, élaboré en collaboration entre CDS et santésuisse, a été adapté suite à l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 décembre 2015 (ATF 142 V 87). Les questions d'ordre spécifique déjà clarifiées ainsi que les approches préconisées en matière de mise en œuvre technique contenues dans le concept « Echange de données sur la réduction des primes » en version 2.3 ont été intégrées dans le présent concept en version 2.4.

2.2. Limites

Le présent concept se penche sur l'échange de données mentionné à l'article 65 LAMal. De ce fait, l'échange de données inhérent à l'article 64a, qui a également été modifié, sera traité dans un concept séparé.

Dans le présent concept, les dispositions relatives aux thèmes suivants ne sont pas explicitement traitées :

- le flux monétaire entre les organes d'exécution et les assureurs-maladie ;
- la gestion de comptes des organes d'exécution et des assureurs-maladie ;
- les annonces qui ne sont pas transférées par flux de données électronique via sedex (p. ex. les lettres d'accompagnement et les commentaires sur les décomptes annuels).

2.3. Structure de la documentation

Les documents suivants ont été élaborés dans le cadre de l'échange de données relatives à la RP selon l'art. 65 LAMal :

- **Concept Echange de données RP (le présent document) :**
Description du processus spécifique et technique d'annonce. Sert de document pour la mise en œuvre auprès des concepteurs de software et pour l'élaboration du schéma d'annonce (XML).
- **Concept RIP (référence [1]) :**
Document conceptuel spécifique issu de la phase préliminaire du présent projet. Ce document est intégré au présent document et ne sera de ce fait plus utilisé.
- **Concept d'introduction et de test (document séparé, référence [3]) :**
Décrit les procédures d'introduction et de tests permettant d'introduire, dans les délais impartis, un échange de données relatives à la RP de qualité appropriée auprès des 27 organes d'exécution et auprès des assureurs-maladie agréés selon l'art. 13 LAMal.



- **Concept d'exploitation (document séparé, référence [4]) :**
Définition de la structure de l'organisation de l'exploitation et réglementation des processus nécessaires, y compris les tâches et les responsabilités y relatives.

Les documents mentionnés ainsi que d'autres informations et documents relatifs à l'ED-RP peuvent être consultés sur le site web www.dapv.ch.

3. Processus d'annonce

3.1. Aperçu des processus d'annonce

Selon l'art. 65 LAMal, sept processus d'annonce sont mis en œuvre dans le cadre de l'échange de données relatives aux RP :

- **Processus d'annonce 1 « Nouvelle décision »**

L'organe d'exécution annonce une nouvelle décision RP à l'assureur-maladie concerné. Celui-ci répond par une confirmation ou un rejet dûment motivé.

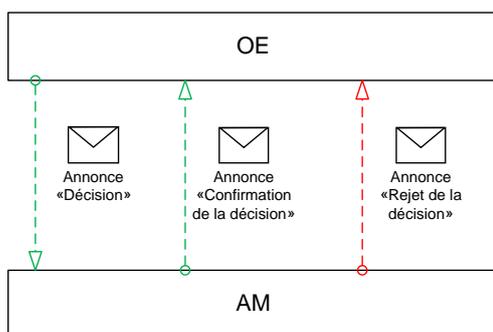


Illustration 1 : Processus d'annonce 1 « Nouvelle décision »

- **Processus d'annonce 2 « Interruption d'une décision »**

L'organe d'exécution annonce une annulation ou un abrégement de la durée d'une décision RP à l'assureur-maladie concerné, qui peut notamment également exercer un effet rétroactif. L'assureur-maladie répond par une confirmation ou un rejet dûment motivé.

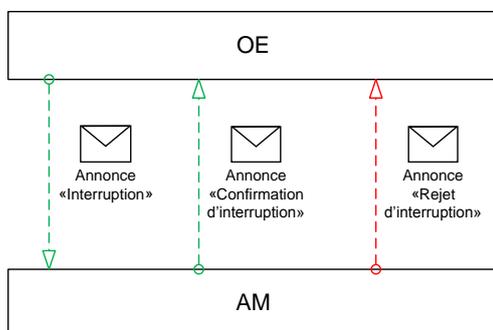


Illustration 2 : Processus d'annonce 2 « Interruption d'une décision »

- **Processus d'annonce 3 « Modification du rapport d'assurance »**

Dès qu'une mutation des données pertinentes a lieu, l'assureur-maladie l'annonce à l'organe d'exécution. Cette annonce ne donne lieu à aucune réponse de la part de



l'organe d'exécution (c.-à-d. il n'y a ni confirmation ni rejet). L'organe d'exécution vérifie si une nouvelle décision de RP doit être rendue. Si c'est le cas, l'un des processus d'annonce susmentionnés est alors utilisé.

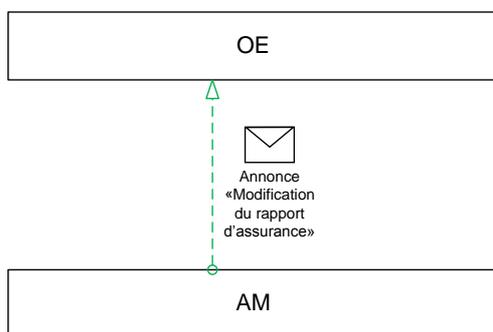


Illustration 3 : Processus d'annonce 3 « Modification du rapport d'assurance »

▪ **Processus d'annonce 4 « Demande de rapport d'assurance »**

Si un organe d'exécution ne dispose d'aucune indication permettant de définir auprès de quel assureur-maladie une personne dispose ou disposait d'une couverture AOS, il peut adresser une demande à chacun des assureurs-maladie actifs dans le canton concerné. Ce processus d'annonce nécessite que l'organe d'exécution dispose d'une base légale ad hoc.

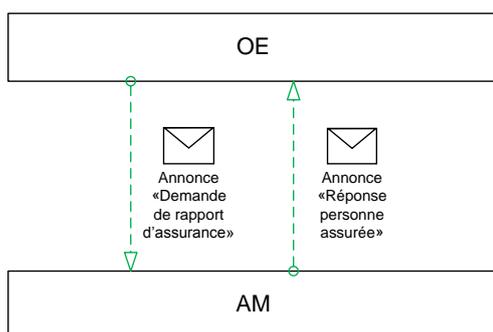


Illustration 4 : Processus d'annonce 4 « Demande de rapport d'assurance »

▪ **Processus d'annonce 5 « Etat des décisions »**

Afin de mettre à jour les données, les organes d'exécution livrent aux assureurs-maladie – à de grands intervalles (p. ex. une fois par année) – l'inventaire des décisions. Cela permet de s'assurer qu'à long terme il n'y a aucune différence dans les données enregistrées.

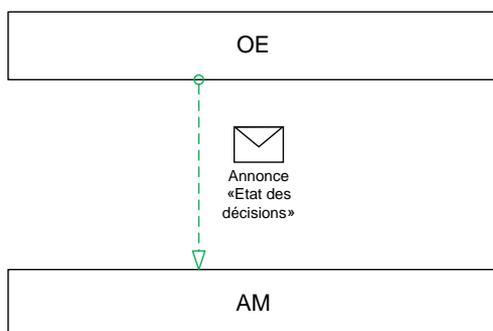


Illustration 5 : Processus d'annonce 5 « Etat des décisions »



▪ **Processus d'annonce 6 « Effectif des assuré-e-s »**

Afin de mettre à jour les données, les assureurs-maladie livrent aux organes d'exécution – à de grands intervalles (p. ex. une fois par année) – l'effectif total de leurs assuré-e-s. Cela permet de s'assurer qu'à long terme il n'y a aucune différence dans les données enregistrées. Ce processus d'annonce nécessite l'existence d'une base légale ad hoc dans le canton dans lequel l'organe d'exécution qui est actif veut disposer de l'effectif des assuré-e-s. <

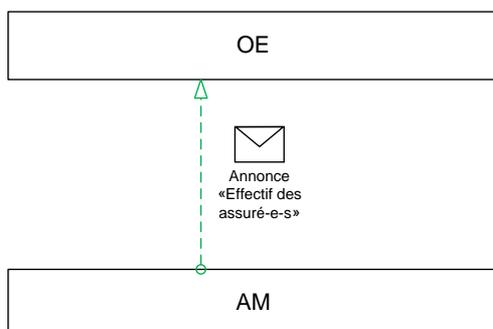


Illustration 6 : Processus d'annonce 6 « Effectif des assuré-e-s »

▪ **Processus d'annonce 7 « Décompte annuel »**

L'annonce « décompte annuel » permet d'annoncer toutes les RP effectivement versées aux assuré-e-s ou demandées à être restituées par l'assureur-maladie au cours de l'année. Le présent concept prévoit une procédure unifiée et relativement simple permettant de procéder à la vérification croisée de ces données.

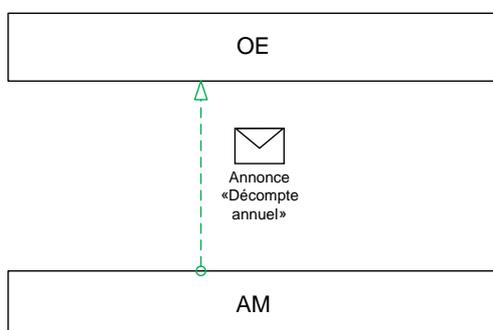


Illustration 7 : Processus d'annonce 7 « Décompte annuel »

3.2. Dispositions d'application

i Afin de permettre une réalisation unifiée de l'échange des données, tous les participants doivent impérativement respecter les dispositions mentionnées ci-dessous.

3.2.1. Validité d'une décision RP

Les décisions RP sont valables pour une durée déterminée et affichent une granularité mensuelle. La durée est définie au moyen de la paire « Mois de début et mois de fin ». Le mois de début et le mois de fin font partie intégrante de la durée de validité de la décision.

Exemple : une décision valable de janvier 2016 à février 2017 est valable du 1.1.2016 au 29.2.2017.



① Le 3 décembre 2015, le Tribunal fédéral a arrêté (ATF 142 V 87) que la prime de l'AOS est divisible. Ainsi, après le décès d'une personne assurée, la partie de la prime relative à la période entre le décès et la fin du mois doit être restituée. L'arrêt n'a pas d'effet direct sur la validité des décisions RP. Les décisions RP sont toujours annoncées avec une granularité mensuelle (voir aussi chapitre 3.2.9).

Une RP ne peut être décomptée que pour un mois où il existe un rapport actif d'assurance AOS durant au moins une journée. En cas de fin du rapport d'assurance durant la période d'une décision, les subsides ne seront plus décomptés pour les mois où l'assurance n'est plus en vigueur, respectivement les subsides déjà versés devront être restitués (selon les dispositions au chapitre 3.2.9). Une RP existante ne peut pas être réduite ou annulée par l'assureur en cas de fin de l'assurance obligatoire des soins AOS. Le traitement des « mois partiels » est décrit au chapitre 3.2.9 (le terme mois partiel est défini dans le chapitre correspondant).

Si l'assurance obligatoire des soins est réactivée, la RP doit à nouveau être décomptée car

① l'interruption d'une décision est du ressort exclusif de l'organe d'exécution concerné.

① L'assureur doit aussi pouvoir traiter l'interruption sans un motif de rejet lorsqu'il n'existe pas de relation d'assurance selon l'AOS.

3.2.2. *Décisions concernant plusieurs personnes*

En principe, une décision RP peut concerner plusieurs personnes, p. ex. tous les membres d'une famille. Dans ce cas, les montants RP doivent toujours être annoncés pour chacune des personnes concernées (selon art. 106b, al. 2b OAMal). En outre, plusieurs assureurs-maladie peuvent être impliqués, ce qui signifie que l'échange de données en résultant doit toujours être effectué individuellement :

- une nouvelle décision concernant N personnes génère N annonces individuelles « Nouvelle décision » qui doivent ne contenir chacune que les informations relatives à la personne concernée ;
- le même numéro de décision est attribué à chacune de ces N annonces (decreeld) ;
- en cas de modifications (p. ex. décès d'une personne), il est de la responsabilité de l'organe d'exécution de faire en sorte d'interrompre la décision et, le cas échéant, d'en émettre une ou plusieurs autres. Les annonces ultérieures doivent également être à nouveau générées sur une base individuelle ;
- si, suite à des décisions concernant plusieurs personnes, il y a lieu d'envoyer des annonces dont l'effet sur la personne assurée est nul en somme (p. ex. l'interruption d'une décision et une nouvelle décision avec un montant identique), l'organe d'exécution doit veiller à ce que l'interruption et la nouvelle décision soient envoyées dans la même annonce groupée. Un tel cas peut survenir p. ex. lorsqu'une décision concerne toute une famille et qu'il y a un changement portant sur un membre de la famille ;
- l'organe d'exécution est responsable de faire en sorte que toutes les données pertinentes soient annoncées aux personnes concernées. En outre, il s'agit d'éviter que les assureurs-maladie ne doivent faire face à des incohérences décisionnelles concernant plusieurs personnes.



3.2.3. *Date d'échéance d'une décision RP*

Afin d'éviter, dans la mesure du possible, toute lacune dans le décompte RP des ayants-droits, des décisions RP ont auparavant été émises sans date d'échéance. Avec la nouvelle procédure, cette façon de faire ne sera plus possible.

Il est possible de définir une date d'échéance loin dans le futur. Dans le cadre du présent concept, cette pratique est toutefois déconseillée et il est recommandé d'émettre des décisions assorties d'un délai raisonnable. Si p. ex. une décision est valable une année à partir du mois de février, la durée de sa validité devrait porter jusqu'en février de l'année suivante. Enfin, si une décision est prise en février de l'année précédente mais qu'elle est abrégée au mois de décembre, une nouvelle décision devra être émise à partir du mois de janvier. Un exemple d'application est présenté au chapitre 3.10.

La date d'échéance annoncée correspond toujours au dernier mois durant lequel la RP est allouée.

Une décision de RP peut être abrégée, cela signifie que la date d'échéance de la décision peut être modifiée dans ce sens. En outre, une décision de RP peut être annulée en indiquant une date d'échéance avant la date de début. Toutefois, la prolongation d'une décision n'est pas possible.

3.2.4. *Décisions à effet rétroactif ou à effet différé*

Les organes d'exécution peuvent émettre de décisions RP à effet rétroactif (date de début d'effet) ne portant que sur l'année en cours ainsi que sur les quatre années la précédant (exemple : en 2017, uniquement pour les années 2013 à 2017). La date d'envoi de l'annonce fait foi. Toute autre décision rétroactive n'est pas possible par ce canal.

Les décisions à effet rétroactif plus important sont rejetées par l'assureur-maladie au motif d'annonce de « Décision RP remontant trop loin dans le passé ».

Les décisions à effet différé peuvent avoir au maximum une date de début d'effet de 15 mois dans le futur. Ainsi, l'application informatique du destinataire peut effectuer un examen de validité efficace.

Les organes d'exécution ne peuvent interrompre des décisions de manière rétroactive que pour l'année en cours ainsi que pour les quatre années la précédant (la date d'échéance doit être fixée au moins un mois avant la première date possible de début d'effet pour une nouvelle décision (Exemple : date d'annonce : 01.05.2017, décision de 01.2012 à 12.2013, dernière interruption possible 12.2012). Ainsi, il est assuré que la décision interrompue puisse être remplacée par une nouvelle décision.

Pour ces limitations concernant les effets rétroactifs ou différés d'une décision, il n'existe aucune disposition dans le droit fédéral. Il s'agit d'un accord entre les cantons et les assureurs.

Il est recommandé lors de l'annulation rétroactive d'une décision RP que les organes d'exécution cantonaux entreprennent directement le recouvrement des montants dus auprès de la personne assurée. Les raisons en sont les voies légales de recours et pour les PC la possibilité de demander une remise de l'obligation de restituer. Dans les deux cas, il est envisageable que le recours ou la remise rendent infondée la poursuite engagée par l'assureur.

3.2.5. *Prime tarifaire, prime tarifaire divisée et prime tarifaire cumulée*

La « prime tarifaire » est la prime mensuelle approuvée par l'OFSP.



La « prime tarifaire divisée » correspond à la partie de la prime tarifaire que l'assureur-maladie calcule au moyen du nombre de jours assurés dans le mois partiel (voir chapitre 3.2.9).

La « prime tarifaire cumulée » d'une période consécutive d'un seul ou de plusieurs mois désigne la somme des primes tarifaires de l'ensemble des mois de cette période. Il est seulement possible de regrouper les mois durant lesquels les paramètres suivants sont identiques :

- montant RP ;
- prime tarifaire ;
- suspension militaire.

3.2.6. *Plafonnement*

En annonçant une décision RP à l'assureur-maladie, l'organe d'exécution indique également le montant RP maximal et fournit l'information sur un éventuel plafonnement.

En cas de modification de la prime tarifaire (p. ex. intégration de l'assurance-accident), l'assureur-maladie adapte lui-même le montant RP alloué à ses client-e-s au montant RP défini par la décision.

L'assureur-maladie annonce les modifications de la prime tarifaire à l'organe d'exécution au moyen de l'annonce « Modification du rapport d'assurance ». L'organe d'exécution décide de la façon de réagir. Sur le décompte annuel, ces annonces sont indiquées avec la période concernée.

Le traitement des décisions avec plafonnement dans les mois partiels est décrit au chapitre 3.2.9).

3.2.7. *Suspension de l'obligation d'assurance pour les personnes soumises à l'assurance militaire*

L'obligation de s'assurer est suspendue pour les personnes soumises à la loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire (LAM) pour plus de 60 jours consécutifs (art. 3, al. 4 LAMal). Cette suspension, nommée ci-après « suspension militaire », n'engendre ni rejet ni annonce de « Modification du rapport d'assurance ».

L'assureur-maladie cesse de lui-même de transmettre la RP et ne mentionne cette interruption que dans le décompte annuel (voir chapitre 4.6.28) :

- premium = 0 ;
- amount = 0 ;
- militarySuspension = True.

Dans les mois pour lesquels l'obligation de s'assurer n'est pas suspendue pour le mois complet (mois partiels de la suspension militaire), la démarche est la suivante:

- premium = prime tarifaire
- amount = montant RP versé (différent s'il y a plafonnement ou non)
- militarySuspension = True

Si la suspension est annulée après que le décompte annuel a été élaboré, l'assureur-maladie verse de lui-même la RP et l'indique dans le prochain décompte annuel comme suit :



- premium = prime tarifaire cumulée ;
- amount = montant RP versé (positif) ;
- militarySuspension = False.

Pour l'annonce a posteriori d'une suspension militaire, les éléments suivants sont à utiliser de la manière suivante :

- premium = 0 ;
- amount = montant RP versé (négatif) ;
- militarySuspension = True.

① L'arrêt du Tribunal fédéral du 3 décembre 2015 a des répercussions sur le traitement des suspensions militaires (voir chapitres 3.2.9 et 3.9.1).

3.2.8. Réduction de primes en cas de prestations complémentaires (PC)

Selon l'art. 10, al. 3, let. d LPC, les bénéficiaires de prestations complémentaires perçoivent, à titre de réduction de prime, un montant forfaitaire destiné à l'assurance des soins. Les organes cantonaux d'exécution doivent donc également échanger des données concernant les bénéficiaires de prestations complémentaires. Etant donné qu'aucun système parallèle ne peut être mis en place pour cet échange de données, l'organe d'exécution est également responsable pour les annonces concernant les bénéficiaires de prestations complémentaires (voir l'art. 54a, al. 5 OPC-AVS/AI).

Afin que l'organe d'exécution puisse assumer sa tâche, l'organe compétent en matière de PC doit lui fournir les données nécessaires. Une solution appropriée doit être développée pour procéder à cet échange de données dans les cantons où les RIP et les PC sont prises en charge par des offices séparés.

L'échange de données concernant les réductions de primes des bénéficiaires de PC doit être mis en œuvre exclusivement par l'organe d'exécution RP.

Les décisions RP concernant les bénéficiaires de prestations complémentaires ne doivent pas contenir d'informations explicites permettant de les identifier, ni dans l'annonce ni par l'expéditeur.

① L'arrêt du Tribunal fédéral décrit au chapitre 3.2.9 n'a aucun effet sur les prestations complémentaires. Les décisions concernant les prestations complémentaires sont toujours valides pour une période consécutive de durée limitée affichant une granularité mensuelle.

3.2.9. Traitement des décisions dans les mois partiels

Le 3 décembre 2015, le Tribunal fédéral a arrêté (ATF 142 V 87) que la prime de l'AOS est divisible. Ainsi, après le décès d'une personne assurée, la partie de la prime relative à la période entre le décès et la fin du mois doit être restituée. Dans la lettre d'information du 6 avril 2016, l'OFSP stipule que les décomptes des primes de l'AOS doivent être calculés en jours dans les cas suivants :

- naissance ;
- décès ;
- prise de domicile en Suisse ;
- départ à l'étranger ;
- assujettissement à l'assurance militaire.



Par ailleurs, l'OFSP signale que la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral n'a aucune influence sur les prestations complémentaires.

Dans le présent concept, un mois partiel désigne un mois durant lequel la personne assurée est partiellement exonérée des primes.

Les décisions RP dans les mois partiels sont à traiter comme suit :

- Lors d'une décision RP sans plafonnement, la RP est versée intégralement, aussi durant les mois partiels.
- Lors d'une décision RP avec plafonnement, la RP est plafonnée au niveau de la prime tarifaire divisée.

① Dans le cadre de l'ED-RP, les organes d'exécution ont la possibilité de promulguer de nouvelles décisions RP pour les mois partiels et d'annoncer ainsi le nouveau montant de la RP pour les mois partiels.

3.2.10. *Changement de canton*

Contrairement à la pratique autrefois en vigueur dans quelques cantons, l'assureur-maladie est tenu de continuer à verser les RP à la personne assurée même si celle-ci change de canton selon l'art. 8 ORPM (RS 832.112.4) et ceci jusqu'à l'interruption de la décision en cours par l'organe d'exécution (normalement pour la fin de l'année). La compétence d'interrompre une décision appartient uniquement à l'organe d'exécution. C'est pourquoi il est nécessaire que le système informatique de l'organe d'exécution puisse suivre tous les changements d'adresse des bénéficiaires RP.

Cette règle est valable indépendamment de la durée de validité initiale de la décision, en particulier si elle court sur l'année suivante.

3.2.11. *Décompte annuel*

En fin d'année (année civile) ou en cas de modification de ses activités commerciales en raison d'une fusion ou d'un rachat, l'assureur-maladie fournit un décompte annuel à l'organe d'exécution.

Le décompte annuel affiche les RP effectivement versées aux assuré-e-s ou demandées à être restituées par l'assureur-maladie. Il reflète les effets monétaires des processus d'annonce 1 à 3 (voir chapitre 3.1) sur l'organe d'exécution et l'assureur-maladie. L'assureur-maladie utilise le décompte annuel pour justifier ses comptes lors des révisions interne et externe ainsi que devant l'organe d'exécution.

Le décompte annuel pour un exercice donné recense toutes les contributions RP (ou subsides) comptabilisées jusqu'au 31 décembre (respectivement jusqu'à la date de modification de l'activité commerciale), y compris les éventuelles corrections apportées au cours de l'exercice, et tenant compte du fait que :

- l'année de la prime = année du décompte (indépendamment du fait que la comptabilisation ait eu lieu avant ou durant l'année du décompte) ;
- l'année de la prime < année du décompte (comptabilisé et confirmé dans l'année du décompte).

Ne font pas partie du décompte annuel les subsides dont :

- l'année de la prime < année du décompte et déjà comptabilisées dans le cadre d'un décompte annuel précédent ;
- l'année de la prime > année du décompte.



Les numéros courants (selon chapitre 3.2.15) permettent de communiquer quelles annonces concernant une décision RP ont déjà été décomptées.

Le terme « décompté » désigne les montants RP versés à l'ayant-droit ou à rembourser ayant une incidence financière réelle. Les assureurs-maladie traitent ceci comme suit :

- Variante 1 : Certains assureurs-maladie créditent immédiatement un « compte » de la personne assurée du montant RP. Dans ce cas-là, le montant est « décompté » dès que l'annonce de décision est saisie dans le système et confirmée.
- Variante 2 : D'autres assureurs-maladie transmettent le montant RP lors du prochain envoi d'une facture de primes. Ils n'inscrivent sur le décompte annuel que les montants qui ont déjà été transmis à la personne assurée moyennant une déduction sur la facture de primes. En fonction de la manière dont les assureurs-maladie gèrent les factures, il se peut qu'en fin d'année de nombreux montants RP décidés apparaissent seulement dans le décompte annuel suivant (bien qu'ils soient saisis dans le système et confirmés).

Ces deux variantes causent des différences dans les dernières annonces prises en compte dans les décomptes finaux des différents assureurs-maladies et ont provoqué de nombreuses questions de la part des organes d'exécution.

Les deux interprétations susmentionnées sont conformes au concept et les organes d'exécution doivent être en mesure de traiter les deux variantes. Le décompte annuel contient, par période, le « dernier numéro courant relatif à cette décision, traité et comptabilisé par l'organe d'exécution et l'assureur » (lastBusinessProcessIdAgency et lastBusinessProcessIdInsurance, voir chapitres 3.9.1 resp. 4.6.28). Ces numéros courants permettent à l'organe d'exécution d'identifier, pour une certaine personne assurée, les annonces RP contenues dans le décompte annuel. Toutes les annonces RP ultérieures doivent être contenues dans le décompte annuel suivant.

Si l'organe d'exécution ou l'assureur-maladie constate des différences dans le décompte annuel qui ne sont pas dues à un traitement différent (tel que décrit ci-dessus), les raisons doivent être identifiées resp. éliminées bilatéralement (voir concept d'exploitation [4]).

- Normalement, les différences sont à corriger avec les processus d'annonces 1 à 3. Des corrections avec de nouvelles annonces ne touchent pas le décompte annuel mais créent de nouvelles entrées dans le décompte annuel suivant.
- Lors d'erreurs logicielles de l'assureur-maladie, un nouveau décompte annuel corrigé doit être créé et envoyé.

Il est recommandé que l'organe d'exécution et l'assureur-maladie utilisent, en plus du flux de données électronique par sedex, d'autres voies de communication (poste, courriel). Il est notamment conseillé qu'en parallèle avec le décompte final par sedex les assureurs-maladie envoient un courriel à l'organe d'exécution avec le contenu suivant :

- information que le décompte final a été transmis ;
- demande que l'organe d'exécution envoie une confirmation à l'assureur-maladie que le décompte final est accepté dans la forme présente après correction des différences (resp. qu'il n'y a pas besoin de corrections supplémentaires).

3.2.12. Fusion, rachat, séparation, nouvelle création, dissolution, faillite

Dans de telles situations, une procédure ad hoc doit être convenue entre l'organe d'exécution et les assureurs-maladie concernés.

- **Fusion, rachat**



Lorsque deux assureurs-maladie fusionnent ou si un assureur-maladie en reprend un autre, l'assureur-maladie faisant l'objet d'une absorption doit adresser un décompte annuel aux organes d'exécution. L'assureur reprenant doit garantir que les annonces rétroactives concernant l'assureur repris puissent être traitées et notamment qu'un décompte annuel correct puisse être établi. Dès l'instant de la fusion, de telles annonces rétroactives doivent être envoyées à la connexion sedex de l'assureur reprenant. L'assureur repris ne maintiendra plus sa propre connexion à sedex après la création du dernier décompte final.

Les organes d'exécution interrompent alors toutes les anciennes décisions en date du jour de la fusion et annoncent les nouvelles décisions au nouvel assureur-maladie, également en date du jour de fusion. Le nouvel assureur-maladie ne peut reprendre aucune décision qui aurait passé le cap du jour de référence indiqué, raison pour laquelle il est dans l'intérêt des assureurs-maladie d'annoncer assez tôt les fusions envisagées aux organes d'exécution. Les organes d'exécution doivent s'assurer que toutes les annonces rétroactives qui concernent l'assureur-maladie repris et la période précédant le rachat parviennent à l'ID sedex de l'assureur-maladie reprenant. Celles-ci font partie du décompte annuel de l'assureur-maladie reprenant. Pour ce faire, il se peut que les données de l'organe d'exécution doivent être modifiées. De plus, dans toutes annonces, seuls le nom et le numéro OFSP de l'assureur-maladie reprenant peuvent être utilisés.

Dans le cadre de l'échange de données sur la réduction des primes, le procédé suivant est conseillé afin de garantir une reprise sans difficultés. Supposition : la fusion a lieu le 1^{er} janvier.

Quand	Quoi
Avant fin septembre	Envoyer l'information sur la fusion des deux assureurs-maladie à tous les organes d'exécution.
Dès que connu	Envoi de l'annonce « Modification du rapport d'assurance » (mutationReasonType = 3, mutationDate = date de la reprise) pour toutes les personnes assurées avec une décision RP jusqu'en fin d'année (31 décembre) ou ultérieure. Ces annonces sont envoyées par la connexion sedex de l'assureur-maladie qui sera repris.
Dès la date de la reprise (1^{er} janvier)	Dernier traitement d'annonces sedex : import des annonces le 1 ^{er} janvier. Puis : Traitement/réponse à toutes les annonces reçues dans les délais définis.
Après la reprise	Migration interne chez l'assureur-maladie. Dès la migration, toutes les annonces des deux assureurs-maladie doivent pouvoir être traitées par la connexion sedex de l'assureur reprenant.
Après la migration	Toutes les annonces qui sont reçues par la connexion sedex désuète de l'assureur repris sont refusées avec decreeRejectReasonType = 4 (changement pour un autre assureur-maladie et indication de l'assureur suivant). Création de deux décomptes annuels séparés. Transmission par les connexions sedex respectives des assureurs-maladies qui étaient initialement non-fusionnés.
Au plus tard une année après la fusion	Résiliation de la connexion sedex désuète auprès de l'organisation responsable du domaine selon le concept d'exploitation [4].

- **Séparation, nouvelle création**

En cas de séparation ou de nouvelle création avec transfert de l'effectif des assuré-e-s, aucune décision ne peut être reprise après le jour de référence.

- **Dissolution, faillite**



Les dissolutions d'assureurs-maladie sans succession juridique (= sans reprise des droits et obligations) ne permettent pas le traitement des annonces rétroactives. Dans de tels cas, les éventuels paiements ou créances en cours doivent être réglés directement entre l'organe d'exécution et la personne assurée.

3.2.13. *Identification univoque d'une décision RP*

Etant donné que l'ensemble des échanges de données peut impliquer différentes décisions RP concernant la même personne assurée, chaque décision RP doit être référencée de façon univoque. Cela signifie que chaque annonce, dans n'importe quel sens de transfert, doit impérativement comporter cette indication de référence, à l'exception des annonces « Demande de rapport d'assurance » et « Effectif des assurés ».

Afin d'assurer une identification univoque, l'organe d'exécution assigne un numéro de référence durable et univoque à chaque décision. Ce numéro de référence ne doit plus jamais être réutilisé par l'organe d'exécution.

Ainsi, les décisions sont identifiées de façon univoque à l'aide des trois caractéristiques suivantes :

- organe d'exécution ayant pris la décision ;
- numéro de décision émis par l'organe d'exécution ;
- personne assurée (NAVS13).

Toutes les annonces relatives à une décision doivent comporter le même numéro d'assuré (NAVS13 de la première annonce). Cela doit également être garanti en cas de changement de celui-ci par la CdC, ce qui signifie qu'une interruption doit toujours faire référence au NAVS13 initial.

3.2.14. *Adresse de la personne assurée*

L'adresse de la personne assurée selon l'art. 13 LPGA doit être mentionnée dans tous les cas. Aucune synchronisation des adresses n'est prévue entre l'organe d'exécution et l'assureur-maladie.

3.2.15. *Séquence de traitement et numéro courant*

Afin que les modifications des décisions RP n'engendrent pas de rejets inutiles, elles doivent être traitées selon une séquence correcte. Si p. ex. une décision est annulée et qu'une nouvelle décision est émise, l'annulation doit être traitée en premier par l'assureur-maladie.

Afin d'assurer la séquence correcte de traitement des annonces concernant un-e assuré-e défini-e, un numéro courant univoque et général est attribué aux processus d'annonces ci-dessous :

L'organe d'exécution attribue le numéro courant aux processus d'annonces suivants :

- nouvelle décision (voir également chapitre 3.3) et interruption d'une décision (voir également chapitre 3.4).
- L'assureur attribue un numéro courant au processus d'annonce suivant :
- modification du rapport d'assurance (voir également chapitre 3.5).

L'émetteur de la toute première annonce effectuée dans le cadre de l'un des trois processus d'annonce susmentionnés (dénommé ici « Emetteur initial ») attribue un numéro



courant progressif à l'annonce ; ce même numéro sera ensuite repris pour toutes les annonces effectuées dans le cadre du processus en question. La combinaison « Emetteur initial » et « Numéro courant » doit être univoque du point de vue du destinataire.

Etant donné que, dans ce contexte, l'ordre croissant des numéros courants doit être respecté, notamment afin de pouvoir suivre la séquence correcte de traitement, aucune directive n'est édictée pour ce qui concerne la continuité de la numérotation à l'attention du destinataire ; il est ainsi possible d'avoir des interruptions dans la suite des numéros courants attribués. Il est recommandé d'attribuer des numéros courants spécifiques à chaque destinataire ; ainsi la future structure du système permettra d'éviter des « trous » dans la numérotation.

Le destinataire s'assure que toutes les annonces qu'il reçoit sont traitées dans l'ordre croissant de leur numérotation ; fondamentalement, il s'agit de faire en sorte que *toutes* les annonces reçues soient traitées, même si certaines d'entre elles feront l'objet d'un rejet.

L'émetteur s'assure que toutes les annonces des processus d'annonces 1 à 3 concernant une personne à un moment donné soient contenues dans la même annonce groupée.

La séquence de traitement des annonces concernant différent-e-s assuré-e-s ne pose pas de problèmes pour autant qu'un numéro courant leur soit attribué dans tous les cas comme décrit ci-dessus.

Les annonces du processus d'annonce « Demande de rapport d'assurance » et les effectifs globaux (état des décisions, effectif des assuré-e-s, décompte annuel) ne comportent pas de propres numéros courants.

3.2.16. *Fréquence des annonces et temps de réponse*

En ce qui concerne l'envoi, les annonces préparées doivent être regroupées. L'expédition a lieu au maximum une fois par jour et ce faisant les dispositions du chapitre 4.3.4 doivent être respectées. Les intervalles de traitement plus courts (par ex. toutes les heures) sont interdits pour des raisons de coûts et pour assurer une séquence de traitement correcte (numéro courant).

Il est recommandé d'aller chercher et de traiter les annonces reçues également à un rythme quotidien.

Le destinataire dispose de 14 jours calendaires pour répondre à chacune des annonces reçues. Ce délai permet aux assureurs-maladie plus petits de traiter selon un rythme hebdomadaire les annonces reçues et d'y répondre.

En cas de déroulement successif de plusieurs processus, un temps de réponse maximal de deux semaines est accordé pour chaque processus. Le traitement global peut ainsi être allongé en conséquence.

L'art. 65, al. 4bis LAMal stipule : « Le canton communique à l'assureur les données concernant les bénéficiaires du droit à la réduction des primes et le montant de la réduction suffisamment tôt pour que celui-ci puisse en tenir compte lors de la facturation des primes. L'assureur informe le bénéficiaire du montant effectif de la réduction des primes au plus tard lors de la facturation suivante ». Pour que l'assureur-maladie puisse procéder à la facturation en tenant compte de la réduction des primes, l'organe d'exécution doit lui annoncer la décision y relative au plus tard en novembre de l'année précédente.



3.2.17. *Livraison des données de l'assureur-maladie à l'organe d'exécution*

Données de base

Les assureurs-maladie annoncent pour les cas prévus dans le présent concept les données de base complètes qui suivent aux organes d'exécution :

- personne assurée ;
- prime tarifaire ;
- indication si l'assurance couvre ou non les accidents ;
- date de début de la police d'assurance actuellement en cours ;
- date de fin de la police d'assurance actuellement en cours (pour autant qu'elle soit connue).

Données complémentaires

A l'heure actuelle, pour pouvoir calculer les subsides, certains cantons exigent que l'échange de données entre les organes d'exécution et les assureurs-maladie comporte certaines données complémentaires. En font partie :

- la franchise annuelle ;
- le groupe tarifaire (liste de choix – assurance de base selon OFSP, p. ex. modèle médecin de famille) ;
- le nom du produit (texte libre) ;
- l'échelon du bonus (liste de choix – échelon du bonus, p. ex. 15%) ;
- le groupe d'âge tarifaire (liste de choix – groupe d'âge tarifaire, p. ex. enfant) ;
- le pays tarifaire (Etat avec le code OFS du pays) ;
- la zone tarifaire (canton si pays tarifaire = 8100 (Suisse), sinon texte libre) ;
- la région tarifaire (selon liste OFSP si pays tarifaire = 8100 (Suisse), sinon texte libre).

Les organes d'exécution doivent signaler aux assureurs-maladie s'ils ont besoin de données complémentaires. Les assureurs-maladie annoncent les modifications des données complémentaires à ces organes d'exécution au moyen de l'annonce « Modification du rapport d'assurance ». Les cantons concernés s'assurent de disposer de la base légale nécessaire autorisant la livraison de ces données, car elle n'existe pas dans le droit fédéral.

Les incohérences constatées dans les données complémentaires mais non identifiantes (donc toutes à l'exception du numéro AVS) ne sont pas un motif de rejet. Chaque organisme est responsable de la qualité de ses données.

3.2.18. *Annnonce de l'assureur précédent et de l'assureur suivant*

L'assureur précédent et l'assureur suivant sont identifiés au moyen de leur numéro OFSP selon la liste des assureurs agréés par l'Office fédéral de la santé publique. Cette liste est complétée par le numéro 01572 pour l'assurance militaire et par le numéro 09999 pour l'Institution commune LAMal. En cas de dispense de l'obligation d'assurance selon l'art. 2 OAMal, il faut utiliser le numéro 09998. L'utilisation de numéros fictifs pour annoncer les assureurs précédents ou les assureurs suivants non identifiés n'est pas permise.

i La Confédération accorde une réduction des primes (Art. 66a LAMal) aux assurés en situation économique modeste bénéficiant d'une rente suisse et habitant dans un état



membre de la Communauté Européenne, en Islande ou en Norvège, ainsi qu'aux membres de leur famille assurés en Suisse. Cette réduction des primes est mise en oeuvre par l'Institution commune LAMal (Art. 2 ORPMCE). Pour l'échange de données sur la réduction des primes, celle-ci équivaut à un organe d'exécution cantonal (Art. 2 Abs. 2 OEDRP-DFI).

3.2.19. Jour de référence

Les annonces « Etat des décisions » et « Effectif des assuré-e-s » sont effectuées en fonction d'un jour de référence.

Le jour de référence est indépendant de la période de validité des données. Toute requête avec un jour de référence prend en compte l'ensemble des données existant dans le système jusqu'à ce jour (minuit) y compris. Les jours de référence doivent donc être antérieurs à la date de traitement de la requête.

Le chapitre 3.11 contient un exemple d'utilisation du jour de référence.

3.3. Processus d'annonce 1 « Nouvelle décision »

3.3.1. Annonce « Décision »

Description	Annonce d'une nouvelle décision RP concernant un-e assuré-e et valable durant une période définie.
Editeur	Organe d'exécution
Destinataire	Assureur-maladie
Evénement(s) déclencheur(s)	<ul style="list-style-type: none">• Nouvelle décision RP• Nouvelle décision émise suite à l'annulation ou à l'abrégement d'une décision existante
Conditions cadres	<ul style="list-style-type: none">• Une nouvelle décision ne peut être émise que si aucune autre décision concernant la même personne n'est en vigueur durant la période définie. Dans le cas contraire, il faut d'abord annuler ou écourter la décision qui est en vigueur.• Une décision peut s'appliquer durant une période définie de l'année civile en cours ainsi que durant les quatre années civiles précédentes (date de début de la RP faisant foi).• Une date de fin de la RP doit être déterminée.• La date de début de la RP ne doit pas dépasser 15 mois dans le futur.• Le montant minimal doit être d'au moins 5 centimes.
Contenus	<ul style="list-style-type: none">• Personne assurée (identifiée selon les dispositions légales)• Durée de la décision• Montant RP mensuel• Indication concernant un éventuel plafonnement de la prime tarifaire (resp. de la prime tarifaire divisée dans un mois partiel)
Autres remarques	L'organe d'exécution doit vérifier la confirmation ou le rejet de l'annonce de la décision. En cas de rejet d'une décision, il se doit de réagir.

3.3.2. Annonce « Rejet de la décision »



Description	L'assureur-maladie rejette la décision car il ne peut procéder à la RP tel qu'annoncée.
Editeur	Assureur-maladie
Destinataire	Organe d'exécution
Evénement(s) déclencheur(s)	Réception de la décision RP
Conditions cadres	Parmi les différents motifs de rejet d'une décision, c'est le premier motif pertinent selon la liste ci-dessous qui doit être annoncé.
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> • Motifs du rejet : <ul style="list-style-type: none"> – la décision RP remonte trop loin dans le passé ; – la décision RP est située trop loin dans le futur ; – divergence entre les numéros d'assuré (NAVS13) ; – le numéro de décision concernant cette personne a déjà été utilisé par l'organe d'exécution ; – l'assuré-e a changé d'assureur-maladie à la date de début de la période de décision ; – la personne concernée ne dispose d'aucune assurance AOS auprès de l'assureur-maladie en question à la date de début de la décision ; – durant la durée d'application de la décision, l'assuré-e dispose déjà d'une RP ; • Au cas où l'assuré-e est déjà au bénéfice d'une RP durant la période concernée par la décision : indication de la RP à l'organe d'exécution concerné (s'il existe des RP issues de différents organes d'exécution, c'est le premier organe d'exécution valable qui sera annoncé). • En cas de passage de l'assuré-e à une autre assurance-maladie, indication de cette dernière.
Autres remarques	<p>Si une personne n'est pas assurée à la date de début de la décision, l'assureur-maladie effectue une vérification à la veille de ce jour et, le cas échéant, annonce un changement pour une autre assurance-maladie avec indication de cette dernière.</p> <p>Si une décision est rejetée parce qu'il existe déjà une décision RP d'un autre organe d'exécution, les organes d'exécution clarifient la responsabilité entre eux</p>

3.3.3. Annonce « Confirmation de décision »

Description	L'assureur-maladie confirme une décision.
Editeur	Assureur-maladie
Destinataire	Organe d'exécution
Evénement(s) déclencheur(s)	Réception d'une décision RP
Conditions cadres	Comme mentionné au chapitre 3.2.17, les données de base doivent toujours être fournies alors que les données complémentaires ne sont fournies qu'aux cantons qui les exigent explicitement.
Contenus	Données de l'assureur concernant le rapport d'assurance établi avec la personne concernée.
Autres remarques	<p>Si l'assureur-maladie sait déjà qu'une modification des rapports d'assurance interviendra durant la période de la décision mais que la personne concernée est bien assurée à la date de début de la décision, la décision doit être traitée et confirmée. Dans un second temps, l'annonce « Modification du rapport d'assurance » devra encore être émise.</p> <p>Les assureurs qui effectuent des fins du rapport d'assurance sans que le</p>



nom du nouvel assureur ne soit définitivement connu doivent accepter les décisions et les traiter aussi longtemps que le nouveau assureur n'est pas connu (examen sur la date de début du rapport d'assurance moins un jour calendaire). L'annonce du nouvel assureur sera effectuée avec l'annonce » Modification du rapport d'assurance ».

Concernant la manière de décompter la RP, se référer au chapitre 3.2.1.

3.4. Processus d'annonce 2 « Interruption d'une décision »

3.4.1. Annonce « Interruption »

Description	Une décision précédemment émise est abrégée ou annulée.
Editeur	Organe d'exécution
Destinataire	Assureur-maladie
Événement(s) déclencheur(s)	<ul style="list-style-type: none">Un-e assuré-e ne peut plus prétendre à la RPRéception d'une annonce de modification du rapport d'assurance
Conditions cadres	Aucune
Contenus	<ul style="list-style-type: none">Données complètes de la décision qui était en vigueur avant l'interruption.Si la décision est abrégée, le dernier mois (nouveau) de validité de la décision.En cas d'annulation, la fin de la durée de validité doit être définie avant l'entrée en vigueur de la décision.
Autres remarques	<ul style="list-style-type: none">Une prolongation de la décision de RP n'est pas possible.Les données de la décision en vigueur avant l'interruption doivent être livrées de façon identique.Au moyen d'une interruption, il n'est pas possible de procéder à une modification du montant de la RP.L'organe d'exécution doit vérifier la confirmation ou le rejet de l'annonce d'interruption.

3.4.2. Annonce « Confirmation d'interruption »

Description	Un abrégement ou une annulation est confirmé.
Editeur	Assureur-maladie
Destinataire	Organe d'exécution
Événement(s) déclencheur(s)	Réception d'une annulation/abrégement d'une décision
Conditions cadres	Aucune
Contenus	Aucun
Autres remarques	Aucune

3.4.3. Annonce « Rejet d'interruption »

Description	L'interruption de la décision est rejetée.
Editeur	Assureur-maladie



Destinataire	Organe d'exécution
Événement(s) déclencheur(s)	Réception d'une annulation/abrégement d'une décision
Conditions cadres	La suspension de l'obligation d'assurance durant le service militaire n'est pas un motif de rejet.
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> • Motifs de rejet : <ul style="list-style-type: none"> – décision inconnue ; – la date d'interruption annoncée est postérieure à la fin de la période de décision ; – la date d'interruption annoncée se situe trop loin dans le passé. • Au cas où l'interruption a lieu après la fin de la période de décision : indication de cette date de fin.
Autres remarques	Aucune

3.5. Processus d'annonce 3 « Modification du rapport d'assurance »

3.5.1. Annonce « Modification du rapport d'assurance »

Description	Annonce de mutation des données concernant un rapport d'assurance
Editeur	Assureur-maladie
Destinataire	Organe d'exécution
Événement(s) déclencheur(s)	<ul style="list-style-type: none"> • L'assureur-maladie constate une modification de données concernant des décisions en vigueur ou futures. • Les modifications déjà connues au moment de la confirmation de la décision RP et qui concernent la période en question doivent être communiquées exclusivement lors de l'annonce « Confirmation de la décision ».
Conditions cadres	<ul style="list-style-type: none"> • L'assureur-maladie annonce l'ensemble des nouveaux éléments de données. • L'organe d'exécution doit déterminer lui-même les champs qui ont été modifiés. • L'organe d'exécution détermine lui-même si les modifications annoncées doivent faire l'objet d'une nouvelle décision et/ou d'un abrégement/annulation d'une décision existante. • La suspension d'obligation d'assurance durant le service militaire n'est pas annoncée. • Les modifications concernant les données complémentaires ne sont annoncées qu'aux cantons qui les exigent explicitement. • Chaque décision concernée fait l'objet de sa propre annonce.
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> • Données de l'assureur au sujet du rapport d'assurance avec la personne concernée. • Date de modification • Indication des motifs de mutation : <ul style="list-style-type: none"> – départ à l'étranger ; – décès ; – changement d'assurance-maladie (y compris nom du nouvel assureur-maladie) ; – départ pour une destination inconnue ; – modification intervenue dans les données d'assurance. • Indication du report du début de l'assurance (y compris indication de



	l'assureur précédent).
Autres remarques	<ul style="list-style-type: none"> • L'assureur-maladie maintient la RP aussi longtemps qu'il existe un rapport d'assurance AOS actif ou jusqu'à ce que l'organe d'exécution interrompe la décision (voir chapitres 3.2.1 et 3.2.9). • Lorsque l'organe d'exécution interrompt la décision suite à la modification, l'assureur-maladie attend que l'organe d'exécution lui transmette une nouvelle décision. Selon la situation, l'assureur-maladie traite la nouvelle décision ou la rejette à nouveau à cause des motifs existants, raison pour laquelle l'assureur-maladie peut transmettre à tout moment, dès qu'elles lui sont connues, toutes les modifications futures touchant la durée de validité de la décision. • Un changement d'assureur-maladie doit également être annoncé lorsque le changement intervient un jour après la fin de la durée de la décision. • L'organe d'exécution reprend les informations et en tient compte lors du décompte annuel. • Le motif de la mutation doit toujours être indiqué. • En cas d'annulation de l'assurance de base, le motif de modification à communiquer est « Changement d'assureur-maladie ». • Les modifications intervenues dans les données d'assurance ne doivent être annoncées que si elles concernent les données de base. Les modifications apportées aux données complémentaires ne sont annoncées que si l'organe d'exécution le demande. • Lors d'un décès, d'un départ ou d'un changement d'assurance-maladie, la date de modification correspond toujours au dernier jour de la couverture AOS. Lors d'une modification intervenue dans les données d'assurance, la date de modification correspond au premier jour de validité. • Le changement d'assureur (provisoire ou définitif) ne doit être annoncé que lorsque le nouvel assureur est connu.

3.6. Processus d'annonce 4 « Demande de rapport d'assurance »

3.6.1. Annonce « Demande de rapport d'assurance »

Description	Au cas où un organe d'exécution ne possède aucune indication permettant de savoir auprès de quel assureur-maladie une personne était ou est assurée, il peut formuler une demande de rapport d'assurance auprès de plusieurs assureurs-maladie.
Editeur	Organe d'exécution
Destinataire	Plusieurs assureurs-maladie (au plus tous les assureurs-maladie actifs dans le canton) ; adressage individuel à chacun d'entre eux.
Événement(s) déclencheur(s)	L'organe d'exécution ne sait pas auprès de quel assureur-maladie un-e bénéficiaire est assuré-e.
Conditions cadres	<ul style="list-style-type: none"> • L'organe d'exécution envoie la demande au plus à tous les assureurs-maladie actifs dans le périmètre relevant de sa compétence. • L'organe d'exécution adresse une demande individuelle à chacun des assureurs-maladie susceptibles d'être concernés.
Contenus	<ul style="list-style-type: none"> • Personne assurée • Période concernée par la demande
Autres remarques	<ul style="list-style-type: none"> • Il est imaginable que plusieurs assureurs-maladie répondent à l'annonce (l'assuré-e a changé d'assurance-maladie durant la période concernée, double assurance). L'organe d'exécution définit les étapes suivantes de la procédure.



- Pour ce processus d'annonce, il faut une base légale cantonale.

3.6.2. Annonce « Réponse personne assurée »

Description	Les assureurs-maladie répondent et indiquent si la personne concernée disposait d'une assurance AOS chez eux durant la période mentionnée dans la demande.
Editeur	Assureur-maladie
Destinataire	Organe d'exécution
Evénement(s) déclencheur(s)	Réception d'une demande concernant un-e assuré-e
Conditions cadres	<ul style="list-style-type: none">• Les assureurs-maladie ne répondent que si l'assuré-e se trouve parmi leur effectif durant la période concernée par la demande.
Contenus	<ul style="list-style-type: none">• Personne assurée• Début de la période d'assurance• Fin de la période d'assurance (au cas où le rapport d'assurance est terminé)
Autres remarques	<ul style="list-style-type: none">• S'il existe plusieurs rapports d'assurance durant la période concernée par la demande, une annonce séparée doit être émise pour chacun des rapports d'assurance existants. La suspension de l'obligation d'assurance durant le service militaire n'a pas valeur d'interruption.

3.7. Processus d'annonce 5 « Etat des décisions »

3.7.1. Annonce « Etat des décisions »

Description	Un organe d'exécution annonce à l'assureur-maladie toutes les décisions concernant l'ensemble de ses assuré-e-s afin de mettre à jour ses données.
Editeur	Organe d'exécution
Destinataire	Assureur-maladie
Evénement(s) déclencheur(s)	Commande de l'assureur-maladie (en dehors de l'échange de données électronique) avec indications de la période concernée et du jour de référence.
Conditions cadres	<ul style="list-style-type: none">• Seules les données concernant des personnes assurées auprès du destinataire sont fournies.• L'annonce est émise sur commande, respectivement souvent selon accord téléphonique, entre l'organe d'exécution et l'assureur-maladie.• La nécessité d'une éventuelle épuration de l'état des données est convenue directement entre l'organe d'exécution et l'assureur-maladie et n'a pas lieu via l'échange électronique de données.• L'annonce est effectuée pour la période définie et en fonction du jour de référence demandé.
Contenus	<ul style="list-style-type: none">• Jour de référence de l'inventaire des décisions• Période concernée• N fois le contenu d'une décision selon 3.3.1 (compte tenu de 3.4.1), y compris le dernier numéro courant attribué.
Autres remarques	<ul style="list-style-type: none">• Toutes les décisions concernant la période définie et actives au jour de référence seront annoncées (même si celles-ci devaient chevaucher la période définie).



- Les décisions annulées ou rejetées ne seront pas livrées.

3.8. Processus d'annonce 6 « Effectif des assuré-e-s »

3.8.1. Annonce « Effectif des assuré-e-s »

Description	Un assureur-maladie annonce à l'organe d'exécution RP l'ensemble des assuré-e-s du canton concerné afin de mettre à jour l'état des données.
Editeur	Assureur-maladie
Destinataire	Organe d'exécution
Evénement(s) déclencheur(s)	Commande de l'organe d'exécution (en dehors de l'échange de données électronique) avec indications de la période concernée et du jour de référence
Conditions cadres	<ul style="list-style-type: none">• Seules les données concernant les personnes assurées domiciliées dans le canton demandeur sont fournies.• L'annonce est émise sur commande, respectivement souvent selon accord téléphonique, entre le canton et l'assureur-maladie.• La nécessité d'une éventuelle épuration de l'état des données est convenue directement entre l'organe d'exécution et l'assureur-maladie et n'a pas lieu via l'échange électronique des données.• L'annonce est effectuée pour la période définie et en fonction du jour de référence demandé.
Contenus	<ul style="list-style-type: none">• Jour de référence de l'inventaire de l'effectif des assuré-e-s• Période concernée• N fois les données de l'assureur concernant le rapport d'assurance de la personne concernée.
Autres remarques	<ul style="list-style-type: none">• Selon le chapitre 3.2.17, les données de base sont fournies dans tous les cas. Les données complémentaires ne sont fournies que pour les cantons qui en font expressément la demande.• Pour ce processus d'annonce, il faut une base légale cantonale : l'art. 106c al. 6 OAMal donne au canton la possibilité de prévoir dans son droit cantonal le fait que l'assureur-maladie lui communique l'effectif des assuré-e-s.• Pour la transmission des personnes assurées, le numéro d'assuré (NAVS13) est indispensable. L'assureur doit faire tout son possible pour en disposer. Si cela n'est pas possible dans quelques cas exceptionnels, les assurés concernés ne seront pas annoncés.

3.9. Processus d'annonce 7 « Décompte annuel »

3.9.1. Annonce « Décompte annuel »

Description	Un assureur-maladie annonce à l'organe d'exécution l'ensemble des subsides décomptés durant l'année civile (voir chapitre 3.2.11).
Editeur	Assureur-maladie
Destinataire	Organe d'exécution
Variante(s)	Aucune
Evénement(s) déclencheur(s)	<ul style="list-style-type: none">• Echéance de la période de décompte• Cessation d'activité d'un assureur (fusion, rachat)
Conditions cadres	Voir disposition d'exécution au chapitre 3.2.11.



Contenus	<ul style="list-style-type: none">• Date d'établissement du décompte annuel• Année de décompte concernée• Le décompte annuel comprend la structure suivante (selon une hiérarchisation allant du haut vers le bas) :<ul style="list-style-type: none">– années de prime– comprenant : personnes assurées par année de prime– comprenant : périodes durant lesquelles rien n'a changé du point de vue de la prime tarifaire, de la RP et de la suspension militaire (oui/non)• Chaque période est composée des données suivantes :<ul style="list-style-type: none">– du numéro de référence de la décision ;– du dernier numéro courant relatif à cette décision, traité et comptabilisé par l'organe d'exécution et l'assureur;– du mois de début de la période en question ;– du mois de fin de la période en question ;– de la prime tarifaire cumulée ;– du total de la RP allouée ;– Indication d'une éventuelle suspension de l'obligation d'assurance durant le service militaire.
Autres remarques	<ul style="list-style-type: none">• L'annonce doit contenir les numéros courants concernant les décisions (différents numéros courants sont attribués aux différentes décisions concernant une même personne). L'annonce du décompte annuel en tant que tel n'a pas de numéro courant.• Pour une période donnée, tous les mois concernés doivent avoir la même prime tarifaire et le même montant RP. Si cela n'est pas le cas, il faut alors livrer plusieurs périodes différentes :<ul style="list-style-type: none">– Dans le décompte annuel, les mois partiels sont à déclarer comme périodes séparées si le montant RP versé diffère de celui des autres mois de la période concernée. Ceci s'applique notamment aux suspensions militaires qui sont à décompter en jours (voir chapitre 3.2.7).– Dans l'élément « premium » (voir chapitre 4.6.28), il faut annoncer la prime tarifaire (et non la prime tarifaire divisée, voir chapitre 3.2.5).• Une suspension de l'obligation d'assurance durant le service militaire doit être indiquée chaque fois qu'il existe une suspension militaire pour une partie de la période.• L'année de décompte désigne l'année civile usuelle. Le décompte est toujours établi dans le courant de l'année civile qui suit, ainsi p. ex. en 2017 pour l'année de décompte 2016.• Le chapitre 3.11 contient un exemple de décompte annuel.• Le traitement des actes des défaut de biens est défini dans le cadre du concept « Echange de données au titre de l'art. 64a LAMal » [5].

3.10. Exemple d'application

L'historique RP d'une personne fictive est relaté ci-dessous, à titre d'exemple. Dans ce contexte, et toujours à titre d'exemple, on admet que l'organe d'exécution émet les décisions RP au début février et que, de ce fait, les décisions en question ont une validité d'un an, c'est-à-dire que leur échéance est fixée à fin février de l'année suivante.

La personne en question se voit attribuer pour la première fois une RP pour l'année 2017. La décision V1 à ce sujet est transmise le 1^{er} mai 2017 à l'assureur-maladie.



1.5.2017	2017												2018												2019											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Nouvelle décision pour 2017	▲ V1																																			

Annonces envoyées :

- décision (organe d'exécution → assureur) : numéro courant 1, numéro de référence de la décision V1 ;
- confirmation de décision (assureur → organe d'exécution) : numéro courant 1, numéro de décision V1.

Par la suite, l'organe d'exécution émet, au 1^{er} février 2018, une décision valable pour toute l'année. De ce fait, la décision V1 est abrogée à fin 2017 et une nouvelle décision V2 est émise.

1.2.2018	2017												2018												2019											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Abrogation V1	▲ V1												X																							
Nouvelle décision pour 2018													▲ V2																							

Annonces envoyées :

- interruption (organe d'exécution → assureur) : numéro courant 2, numéro de décision V1 ;
- décision (organe d'exécution → assureur) : numéro courant 3, numéro de décision V2 ;
- confirmation d'interruption (assureur → organe d'exécution) : numéro courant 2, numéro de décision V1 ;
- confirmation de décision (assureur → organe d'exécution) : numéro courant 3, numéro de décision V2.

Dans le courant de l'année (au 20.5.2018), l'organe d'exécution décide que la RP doit être adaptée dès le milieu de l'année (p. ex. sur la base d'une annonce de mutation fournie par l'assureur-maladie). De ce fait, la décision V2 doit être abrégée pour fin juin 2018 et une nouvelle décision V3 émise pour le reste de l'année 2018.

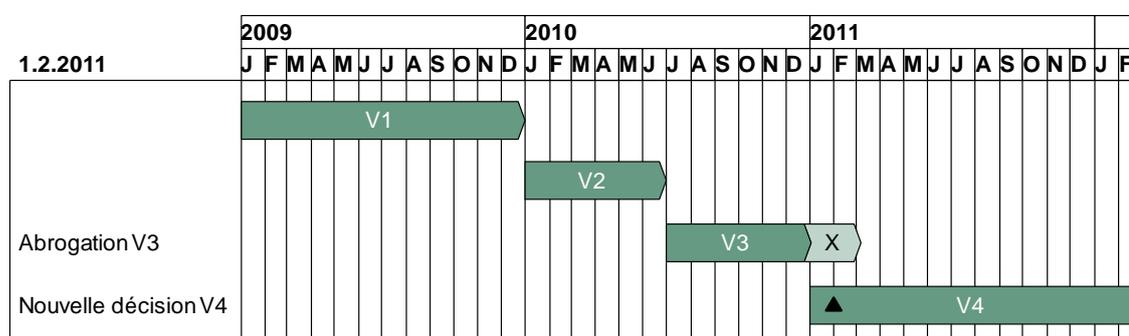
20.5.2018	2017												2018												2019											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Abrogation V2													V2						X																	
Nouvelle décision V3													▲ V3																							

Annonces envoyées :



- interruption (organe d'exécution → assureur) : numéro courant 4, numéro de décision V2 ;
- décision (organe d'exécution → assureur) : numéro courant 5, numéro de décision V3 ;
- confirmation d'interruption (assureur → organe d'exécution) : numéro courant 4, numéro de décision V2 ;
- confirmation de décision (assureur → organe d'exécution) : numéro courant 5, numéro de décision V3.

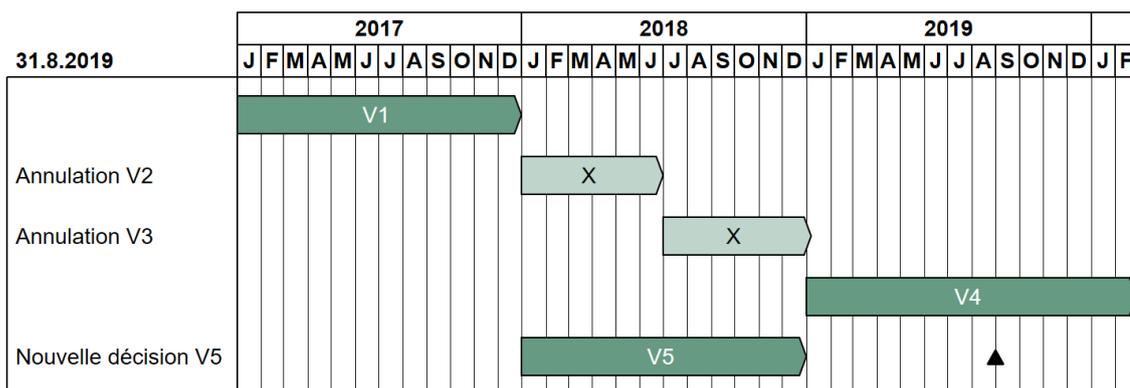
Par la suite, l'organe d'exécution part du principe qu'une RP sera allouée également en 2019 et émet, au 1^{er} février 2019, une décision valable pour toute l'année. De ce fait, la décision V3 est abrogé à fin 2018 et une nouvelle décision V4 est émise.



Annonces envoyées :

- interruption (organe d'exécution → assureur) : numéro courant 6, numéro de décision V3 ;
- décision (organe d'exécution → assureur) : numéro courant 7, numéro de décision V4 ;
- confirmation d'interruption (assureur → organe d'exécution) : numéro courant 6, numéro de décision V3 ;
- confirmation de décision (assureur → organe d'exécution) : numéro courant 7, numéro de décision V4.

Sur la base de nouveaux éléments, l'organe d'exécution remarque, dans le courant 2019, que durant toute l'année 2018 une RP erronée a été allouée et qu'une correction avec effet rétroactif est nécessaire. Afin d'effectuer cette correction pour 2018 et de définir une nouvelle RP pour cette année-là, l'organe d'exécution annule les décisions V2 et V3 et émet une nouvelle décision V5 pour l'année 2018.





Annonces envoyées :

- interruption (organe d'exécution → assureur) : numéro courant 8, numéro de décision V2 ;
- interruption (organe d'exécution → assureur) : numéro courant 9, numéro de décision V3 ;
- décision (organe d'exécution → assureur) : numéro courant 10, numéro de décision V5 ;
- confirmation d'interruption (assureur → organe d'exécution) : numéro courant 8, numéro de décision V2 ;
- confirmation d'interruption (assureur → organe d'exécution) : numéro courant 9, numéro de décision V3 ;
- confirmation de décision (assureur → organe d'exécution) : numéro courant 10, numéro de décision V5.

3.11. Exemple « jour de référence » et « décompte annuel »

En résumé, l'exemple précédent comprend les mutations suivantes :

Date d'enregistrement de la mutation	2017												2018												2019												
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J
01.05.2017	V1																																				
01.02.2018	V1												V2																								
20.05.2018	V1												V2						V3																		
01.02.2019	V1												V2						V3						V4												
31.08.2019	V1												V5												V4												

3.11.1. Jour de référence

Le tableau ci-dessous explique en fonction du jour de référence quel état des décisions sera annoncé. Il est à noter que l'état des décisions dépend uniquement du jour de référence et ceci indépendamment de la date à laquelle l'annonce a été traitée (le jour de référence doit se situer avant le moment de l'établissement de l'annonce).

Plage du jour de référence	Période d'annonce	Etat des décisions
Avant le 30.04.2017 compris	01/2018 – 12/2018	Vide
01.05.2017 – 31.01.2018	01/2018 – 12/2018	V1 (01/2017 – 02/2018)
01.02.2018 – 19.05.2018	01/2018 – 12/2018	V2 (01/2018 – 02/2019)
20.05.2018 – 31.01.2019	01/2018 – 12/2018	V2 (01/2018 – 06/2018) V3 (07/2018 – 02/2019)
01.02.2019 – 30.08.2019	01/2018 – 12/2018	V2 (01/2018 – 06/2018) V3 (07/2018 – 12/2018)
Depuis le 31.08.2019	01/2018 – 12/2018	V5 (01/2018 – 12/2018)



3.11.2. Décompte annuel

Le tableau ci-dessous explique quels montants sont à annoncer en fonction du décompte annuel demandé, en supposant que les paramètres soient les suivants :

- montants RP : V1 = CHF 150, V2 = CHF 170, V3 = CHF 180, V4 = CHF 150, V5 = CHF 200 ;
- lors de V1 à V5, il s'agit de décisions avec plafonnement ;
- la prime tarifaire se monte à CHF 300 pour l'ensemble de la période concernée ;
- du 11 juin au 31 août 2018, il y a eu une suspension de l'obligation d'assurance durant le service militaire ;
- la personne assurée décède le 7 décembre 2019.

Année de décompte	Année de cotisation	Décisions et périodes	Montant de la RP (CHF)		Primes tarifaires cumulées (CHF)	Suspension de l'obligation d'assurance durant le service militaire	
2017	2017	V1, 01/2017 – 12/2017	12	x 150	1800	3600	
2018	2018	V2, 01/2018 – 05/2018	5	x 170	850	1500	
		V2, 06/2018 – 06/2018	1	x 100	100	300	Oui
		V3, 07/2018 – 08/2018			0	0	Oui
		V3, 09/2018 – 12/2018	4	x 180	720	1200	
2019	2018	V2, 01/2018 – 05/2018	5	x -170	-850	1500	
		V2, 06/2018 – 06/2018	1	x -100	-100	300	Oui
		V3, 09/2018 – 12/2018	4	x -180	-720	1200	
		V5, 01/2018 – 05/2018	5	x 200	1000	1500	
		V5, 06/2018 – 06/2018	1	x 100	100	300	Oui
		V5, 07/2018 – 08/2018			0	0	Oui
	V5, 09/2018 – 12/2018	4	x 200	800	1200		
	2019	V4, 01/2019 – 11/2019	11	x 150	1650	3300	
		V4, 12/2019 – 12/2019	1	x 67.75	67.75	300	

4. Spécification de l'annonce

La présente partie technique constitue le contenu de la partie spécifique aux structures XML de chaque annonce.

4.1. Version du schéma

La version 3.0 du schéma (XSD) fait partie intégrante de la présente version du Concept ED-RP (2-3).

4.2. Utilisation de sedex

L'échange de données relatives aux RP est réalisé par l'intermédiaire de la plateforme sedex. Celle-ci a été élaborée par l'Office fédéral de la statistique dans un but d'harmonisation des registres et mise à disposition des autorités pour d'autres échanges.



Dans le cadre de la stratégie suisse en matière d'e-Gouvernement, sedex est défini comme étant une plateforme stratégique d'échange de données. sedex affiche les caractéristiques suivantes :

- sécurité end-to-end (authentification, contrôle des accès, confidentialité, intégrité des données, réception des données) ;
- communication de type asynchrone, comme le courrier postal ou le courrier électronique. Cela signifie qu'il n'est pas garanti que les annonces parviennent à leur destinataire dans l'ordre de leur envoi ;
- l'expéditeur est informé du statut de son envoi au moyen de quittances (transmission réussie ou non). La réception d'une quittance d'envoi ne constitue toutefois pas une confirmation du fait que l'annonce ait été traitée par son destinataire ;
- l'expérience réalisée dans des domaines actuellement déjà productifs montre que la plateforme sedex est très fiable et stable.

Chaque participant autonome à l'ED-RP doit utiliser sa propre ID sedex et par conséquent employer sa propre connexion sedex physique ou logique. Les participants autonomes sont :

- les organes d'exécution cantonaux (c.-à-d. l'autorité cantonale selon l'art. 106b al. 1 OAMal et l'IC LAMal) ;
- les assureurs-maladie avec un propre numéro OFSP (voir index des assureurs-maladie admis) qui participent à l'ED-RP électronique par sedex.

La connexion à sedex a lieu au moyen de l'adaptateur sedex situé dans l'entreprise. L'interface des applications participatives du système sedex est essentiellement constituée, pour chaque participant, de trois répertoires qui sont intégrés à son système local de données. L'application permet de déposer les annonces à expédier dans un répertoire. Quant aux annonces reçues, elles peuvent simplement être récupérées dans un autre répertoire. Les quittances d'envoi générées par le système sont également mises à disposition sous forme de données dans le troisième répertoire.

De plus amples informations figurent dans le manuel sedex édité par l'OFS.

4.3. Dispositions techniques d'application

4.3.1. Utilisation des standards eCH

Lorsque cela est judicieux, l'échange global de données prend en compte les standards eCH. Les standards suivants sont ainsi utilisés :

- eCH-0007 : standard des données Communes (ici : sigles cantonaux) ;
- eCH-0008 : standard des données Etats et régions (ici : normes de l'OFS)
- eCH-0010 : standard des données Adresses postales (ici : domicile des personnes physiques) ;
- eCH-0044 : standard des données Echange d'identifications des personnes ;
- eCH-0058 : standard d'interface Cadre de l'annonce (dans la version 4) ;
- eCH-0090 : enveloppe et quittance sedex.

Le standard eCH-0090 indique quelles sont les informations à fournir pour pouvoir envoyer des données par l'intermédiaire de sedex : « Les annonces expédiées par l'intermédiaire de la plateforme sedex se composent d'une enveloppe et des données



utiles. L'enveloppe est un document XML contenant les informations d'adressage nécessaires à la transmission correcte d'une annonce. » (extrait de la documentation concernant le standard eCH-0900).

Le standard eCH-0058 décrit les informations nécessaires à l'élaboration de l'annonce : « Le standard eCH-0058 se limite aux définitions techniques (éléments, déroulements, principes) pertinentes et valables pour toutes les annonces d'événements intégrées au trafic électronique entre les autorités. Une implémentation spécifique du cadre de l'événement doit être élaborée pour chaque domaine spécialisé sur la base du standard eCH-0058. » (extrait de la documentation concernant le standard eCH-0058).

L'illustration 1 indique une représentation schématique des différents niveaux.

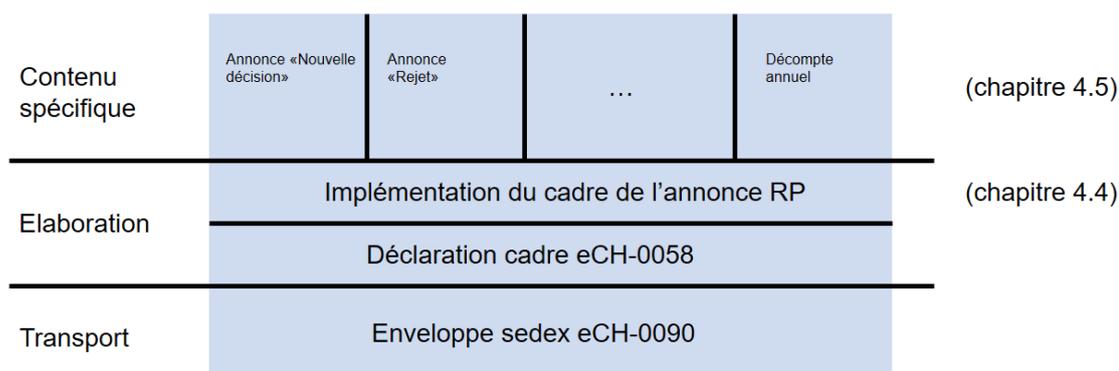


Illustration 8 : classement des standards eCH 0090 et 0058

4.3.2. Structure fondamentale de chaque annonce

Chaque annonce est codée en tant que données de type XML et doit correspondre à un schéma prédéfini. Les dénominations des annonces correspondent aux domaines de noms XML de type

<http://www.gdk-cds.ch/xmlns/pv-5201-000101/3>

dans lesquels le dernier «3» signifie «troisième version».

Toutes les annonces de l'échange de données RP affichent la structure suivante (ici p. ex. une annonce « Nouvelle décision ») :

```
<message>
  <header>
    <senderId>...</senderId>
    <recipientId>...</recipientId>
    ...
  </header>
  <content>
    <decree>
      <decreeId>...</decreeId>
      <person>...</person>
      ...
    </decree>
  </content>
</message>
```

Dans cette structure, l'élément <header> contient le cadre de l'annonce décrit au chapitre 4.3.10. Fondamentalement, le cadre de l'annonce est identique pour toutes les annonces spécifiées dans le présent concept. Les exceptions sont décrites de façon appropriée.



L'élément <content> contient le contenu spécifique à l'annonce. La structure de ce contenu varie en fonction de l'annonce. Toutes les spécifications à ce sujet figurent dans le tableau 1 du chapitre 4.5.

L'adaptateur sedex vérifie la conformité du schéma de l'enveloppe eCH-0090. L'exactitude des contenus des données doit, quant à elle, être garantie par l'émetteur et vérifiée par le destinataire.

4.3.3. *Contrôle du schéma/validation*

L'expéditeur est responsable de faire en sorte de procéder – avant l'envoi – à un contrôle du schéma (selon XSD) appliqué à l'ensemble des annonces (XML). Il est recommandé de contrôler le schéma également lors de la réception.

4.3.4. *Numéro courant*

Selon la disposition d'exécution 3.2.15, un numéro courant doit être attribué aux annonces « quotidiennes » afin de permettre au destinataire de les trier. Ce numéro courant est incrémenté à chaque annonce envoyée et fournit ainsi au destinataire la séquence exacte selon laquelle il doit traiter les annonces. Le numéro courant est défini sur une valeur de 64 bits (avec au maximum 18 décimales) et ne peut de ce fait pas être dépassé. Au besoin, les numéros courants peuvent être remis à zéro tous les six ans.

4.3.5. *Utilisation d'annonces groupées*

Etant donné leur quantité très importante, les annonces individuelles ne peuvent pas être envoyées immédiatement et individuellement par l'intermédiaire de sedex. Elles sont de ce fait regroupées et expédiées ensemble au maximum une fois par jour (annonce groupée). Selon le standard eCH-0058, le cadre de l'annonce prévoit de compacter ces annonces groupées sous forme d'un fichier ZIP contenant les données XML correspondant à chacune des annonces. Le dossier ZIP n'a qu'un seul niveau et ne contient aucun sous-dossier. Ces données ZIP seront ainsi expédiées au destinataire prévu en tant que paquet de données utiles contenues dans une seule enveloppe sedex (selon eCH-0090).

Toutes les annonces au sein d'une annonce groupée doivent être du même type d'annonce sedex (p. ex. 5211, voir chap. 4.4) et adressées au même destinataire. Exemple : les annonces « Confirmation/rejet d'une nouvelle décision », « Confirmation/rejet d'interruption d'une décision » et « Modification du rapport d'assurance » seront envoyées ensemble.

Dans un tel cas, la quittance sedex se contente de confirmer à l'expéditeur l'arrivée de l'envoi groupé. Si l'expéditeur veut également s'assurer de la réception de chacune des annonces individuelles, il doit procéder à une classification de style « Annonces individuelles incluses dans des annonces groupées ». Ce concept n'est pas traité ici.

Exemple : un assureur-maladie expédie toujours l'ensemble de ses annonces le vendredi. En admettant que, depuis l'expédition du dernier vendredi en date, il ait collecté plusieurs annonces d'un type défini dans 20 différents cantons, il devra alors élaborer 20 fichiers ZIP groupant les annonces individuelles correspondantes sous forme XML puis les envoyer aux organes d'exécution concernés.

4.3.6. *Structure des données de l'annonce*

Dans le cadre des envois sedex, différentes directives formelles doivent être respectées :



- le nom du paquet de données utiles sedex doit correspondre au schéma **data_[XXX].zip** ;
- le nom de l'enveloppe sedex doit correspondre au schéma **envl_[XXX].xml** (la valeur de [XXX] doit être identique à celle de l'enveloppe) ;
- le nom des données XML des annonces individuelles doit correspondre au schéma **message_[Action]-[Chiffre].xml** (p. ex. message_5-32533.xml)
 - l'indication [Chiffre] doit être univoque au niveau local, c'est-à-dire dans le cadre de l'annonce groupée ;
 - l'indication [Action] correspond à la valeur dans l'en-tête <header> du message (1=nouveau ; 5=demande ; 6=réponse) ;
 - ce schéma doit être respecté même si l'annonce groupée ne contient qu'une seule annonce individuelle ;
- dans le cas des annonces de type 000101, 000102, 000103, 000201, 000202, 000203, 000301, le [Chiffre] est constitué du numéro courant (qui doit être localement univoque). Cela présente l'avantage de permettre de trier les annonces déjà en fonction de leur dénomination sans devoir les ouvrir pour connaître le numéro courant.

L'illustration 2 fournit un aperçu schématique de la structure de l'enveloppe sedex et du paquet de données utiles y relatif (annonce groupée comprenant N annonces individuelles).

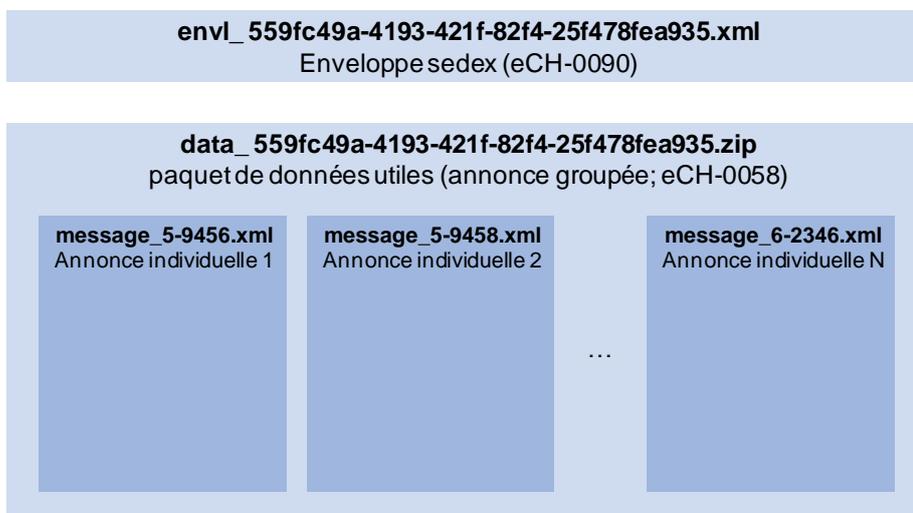


Illustration 9 : structure des données de l'annonce

4.3.7. Modèle de données et référencement

Différents mécanismes sont utilisés pour l'identification et le référencement :

- vn : chaque assuré-e est identifié-e de façon univoque au moyen de son numéro AVS à 13 chiffres ;
- decreeld : l'organe d'exécution attribue à chaque décision un code de référence univoque référencé en tant que tel par tous les organismes impliqués dans la suite de l'échange de données ;
- businessProcessId : chaque processus d'affaires doit comporter un numéro de référence. Il appartient à l'office impliqué dans le processus d'affaires qui envoie la pre-



mière annonce d'attribuer le numéro de référence. Dans le cadre de certains processus, ce code de référence sert de numéro courant (voir dispositions d'application 3.2.15). Toutes les autres annonces (réponses) qui font partie du processus d'affaires de la même instance doivent ensuite reprendre ce même numéro de référence ;

- **messageld** : chaque annonce individuelle se voit attribuer une ID qui doit impérativement être univoque dans le contexte de l'expéditeur. Le contenu de référence-Messageld des demandes (action=5) et des réponses (action=6) doit être identique au contenu du champ messageld de l'annonce de réponse. Exemple : « Décision » et « Rejet de la décision ». Il est à noter que la quittance sedex référence le champ messageld de l'annonce groupée mais pas ceux des annonces qui y sont contenues.

Les relations entre les différents objets et les mécanismes de référencement susmentionnés sont représentées schématiquement dans l'illustration 11.

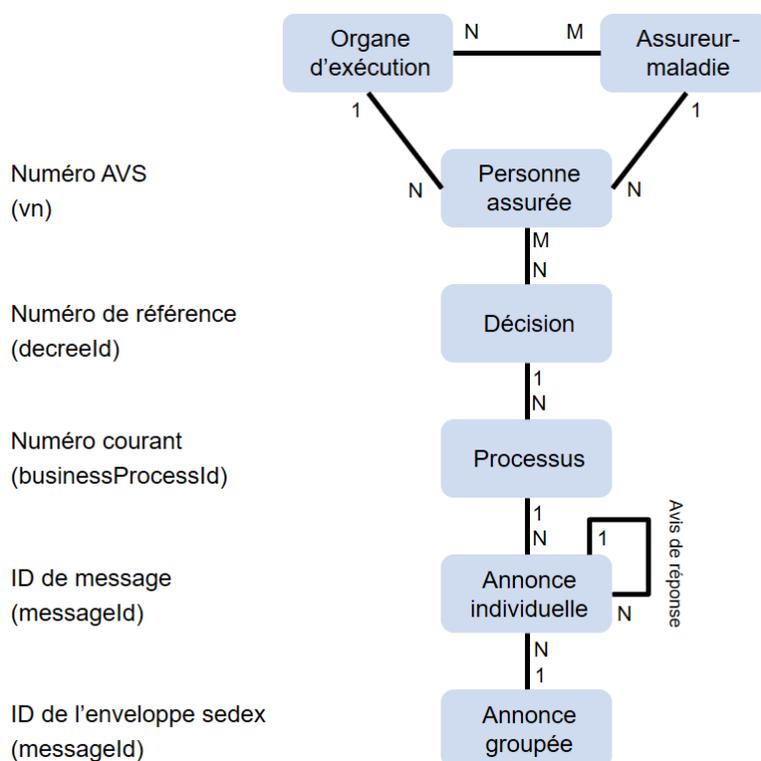


Illustration 10 : modèle de données

4.3.8. Données personnelles contenues dans toutes les annonces

Afin de simplifier la recherche d'erreurs, les données personnelles sont fournies avec l'ensemble des annonces, même si l'assignation est effectuée en fonction des numéros de référence. Au-delà des caractéristiques définies, les données personnelles comprennent également l'adresse.

4.3.9. Adressage

En principe, un seul destinataire est défini.



4.3.10. *Formatage XML*

Codage XML

Les données XML doivent être codées au moyen de la police de caractères UTF-8.

Les données XML devraient être formatées de manière à être bien lisibles et devraient de ce fait comporter des sauts à la ligne et des retraits.

Seules les cinq séquences XML Escape seront utilisées :

- " = " ;
- ' = &apos ;
- < = < ;
- > = > ;
- & = & ;

Indicateur d'ordre des octets (Byte Order Mark, BOM)

Le Byte Order Mark (BOM, Unicode : U+FEFF, UTF-8 : EF BB BF) est un indicateur d'ordre des octets, soit une commande qui définit la séquence des octets et la forme de codage dans une chaîne de caractères UCS/Unicode. En présence d'un codage UTF-16 et respectivement UTF-32, la séquence des octets doit être indiquée pour pouvoir interpréter correctement le flux de données.

Le concept ED-RP prévoit l'utilisation d'un codage UTF-8 pour l'échange de données RP, ce qui signifie que le BOM n'est pas nécessaire. De plus, l'utilisation de l'indicateur d'ordre des octets BOM dans des systèmes fonctionnant sur une base UNIX pose des problèmes de traitement des données. Etant donné que divers participants à l'ED-RP utilisent de tels systèmes, le BOM ne doit donc pas être utilisé.

Best Practices

D'autres recommandations sont disponibles dans eCH-0018 (XML Best Practices).

4.3.11. *Format des dates et des heures*

Toutes les indications de dates et d'heures sont à donner en Temps universel coordonné (UTC). Ceci concerne en fait les types xs:dateTime, xs:date, xs:gYearMonth, xs:gYear.

- Le suffixe « Z » peut être employé (p. ex. « 2013-10Z » s'interprète de la même manière que « 2013-10 ». Cela est aussi valable pour « 2013-08-26T13:39:23Z » et « 2013-08-26T13:39:23 »).
- L'application des corrections de fuseaux horaires n'est pas permise. (p. ex. « 2013-10+02:00 » ou « 2013-08-26T11:39:23+02:00 » ne doivent pas être employés).

4.3.12. *Doubles annonces*

Les doubles annonces sont des annonces individuelles qui arrivent deux fois dans le système du destinataire. Lorsqu'une annonce groupée arrive deux fois, toutes les annonces individuelles qu'elle contient sont en fait des doubles annonces.

Processus d'annonce 1 à 3



Les doubles annonces ne doivent pas être traitées par le destinataire. A l'intérieur d'une annonce groupée, les annonces individuelles qui sont identifiées comme étant des doublons sont à ignorer. Dans le cas d'une annonce groupée envoyée deux fois, par conséquent toutes les annonces individuelles sont à ignorer.

Les doubles annonces sont à examiner sur la base de l'ID de l'annonce (messageId), de l'ID de l'expéditeur (senderId) et du numéro de référence de la décision (decreedId).

Il est recommandé d'informer l'expéditeur de la survenance de doubles annonces.

Processus d'annonce 4

On peut répondre deux fois aux demandes concernant le rapport d'assurance. Une identification des doubles annonces n'est pas nécessaire.

Processus d'annonce 5 à 7

Les annonces sur l'effectif des assurés et sur le décompte annuel sont déclenchées et traitées manuellement. Une identification automatique des doubles annonces n'est pas nécessaire.

4.4. Cadre de l'annonce

Les champs ci-dessous, qui concernent le cadre de l'annonce, sont définis pour tous les types de sous-annonces RP. Ils sont basés sur la version 4 du standard eCH-0058 (cadre de l'annonce) et servent à l'adressage et à l'élaboration technique de l'annonce mais ne comprennent en soi aucun contenu technique.

Élément	#	Description
senderId	1	ID sedex de l'expéditeur
recipientId	1	ID sedex du destinataire
messageId	1	ID de l'annonce individuelle
referenceMessageId	0..1	ID de l'annonce de demande initiale (uniquement en cas d'annonce réponse avec action=6, mais ensuite contraignant)
businessProcessId	1	Numéro de référence univoque du processus d'affaires. Dans les cas 000101, 000102, 000103, 000201, 000202, 000203, numéro courant croissant de l'annonce (chapitre 4.6.6).
messageType	1	Type d'annonce sedex
subMessageType	1	Type de sous-annonce
sendingApplication	1	Application émettrice
messageDate	1	Date de message (moment de l'expédition), format UTC
action	1	Valeurs autorisées : 1= nouveau 5= demande 6= réponse
declarationLocalReference	1	Référence locale, p. ex. interlocuteur-trice, collaborateur-trice administratif-ve, responsable, désignation d'un département (chapitre 4.6.7).
testDeliveryFlag	1	Indication permettant de savoir s'il s'agit d'une annonce test ou non (son utilisation est définie dans le concept de test)
subject	0	Non utilisé



modificationDate	0	Non utilisé
uniqueIdBusinessTransaction	0	Non utilisé
ourBusinessReferenceId	0	Non utilisé
yourBusinessReferenceId	0	Non utilisé
eventDate	0	Non utilisé
initialMessageDate	0	Non utilisé
comment	0	Non utilisé
originalSenderId	0	Non utilisé
responseExpected	0	Non utilisé
partialDelivery	0	Non utilisé
businessCaseClosed	0	Non utilisé

4.5. Types d'annonces et types de sous-annonces

Les types suivants d'annonces sedex (messageType) sont utilisés :

- 5201 : annonces fréquentes : organes d'exécution → assureurs-maladie
- 5202 : demande de rapport d'assurance : organes d'exécution → assureurs-maladie
- 5203 : annonces globales des décisions : organes d'exécution → assureurs-maladie
- 5211 : annonces fréquentes : assureurs-maladie → organes d'exécution
- 5212 : réponse rapport d'assurance : assureurs-maladie → organes d'exécution
- 5213 : annonces globales de l'effectif : assureurs-maladie → organes d'exécution
- 5214 : décompte annuel : assureurs-maladie → organes d'exécution

Le niveau de détail est différencié dans chaque domaine d'application générant ainsi d'ultérieurs types de sous-annonces en fonction du processus d'affaires. Dans ce contexte, le schéma AAAABB (avec AAAA = numéro du processus d'affaires, BB = numéro de l'annonce dans ce processus d'affaires) est utilisé. Exemple : l'annonce 1 contenu dans le processus 5 est dénommée 000501.

Comme précédemment décrit, chaque annonce individuelle et chaque processus d'annonce est différencié selon la structure de son contenu spécifique, c'est-à-dire en fonction de la définition du schéma de l'élément <content>. Les spécifications exactes de ces différents « types » sont fournies au chapitre 4.6. De manière générale, elles s'appellent *ElementnameType*.

Etant donné que différentes annonces sont utilisées, les sous-annonces et les types sont définis séparément (p. ex. decreeType est utilisé aussi bien de façon individuelle dans l'annonce « Nouvelle décision » que de façon multiple dans l'annonce « Etat global des décisions »). Toutes les annonces et tous les types utilisés sont indiqués dans le tableau 1.

Pro- ces- sus	Nom de l'annonce	Affectation des sous-éléments <header>-			Type des éléments en aval de <content>
		mes- sa- geType	subMessa- geType	ac- tion	
1	Nouvelle décision	5201	000101	5	decree



	Confirmation d'une décision	5211	000102	6	decreeConfirmation
	Rejet d'une décision	5211	000103	6	decreeReject
2	Interruption	5201	000201	5	stop
	Confirmation d'une interruption	5211	000202	6	stopConfirmation
	Rejet d'une interruption	5211	000203	6	stopReject
3	Mutation du rapport d'assurance	5211	000301	5	mutation
4	Demande du rapport d'assurance	5202	000401	5	insuranceQuery
	Réponse du rapport d'assurance	5212	000402	6	insuranceQueryResult
5	Etat des décisions	5203	000501	1	decreeInventory
6	Effectif des assuré-e-s	5213	000601	1	insuranceInventory
7	Décompte annuel	5214	000701	1	statement

Tableau 1 : annonces et types utilisés

4.6. Types

4.6.1. *actionType* (code d'action)

Seules les valeurs ci-dessous sont autorisées pour le code d'action (voir également *Tableau 1*) :

- 1 = nouvelle annonce
- 5 = demande
- 6 = réponse

4.6.2. *addressType* (adresse)

Les éléments employés sont basés sur le type eCH0010:addressInformationType. Seuls ceux nécessaires dans le cadre de l'échange de données RP seront utilisés. Ainsi, la codification pour les Etats de l'OFS sera appliquée au lieu de la norme ISO. Pour les numéros postaux d'acheminement (NPA), il faudra indiquer soit celui pour la Suisse soit celui pour l'étranger.

Elément	Type	#	Description
addressLine1	eCH-0010:addressLineType	0..1	Ligne d'adresse complémentaire pour des informations relatives à une personne (p. ex. adresse c/o)
addressLine2	eCH-0010:addressLineType	0..1	Ligne d'adresse complémentaire pour des informations pas relatives à une personne
street	eCH-0010:streetType	0..1	Dénomination de la rue (peut aussi être un lieu-dit, etc.)
houseNumber	eCH-0010:houseNumberType	0..1	Numéro de la maison (en option, si existant)
town	eCH-0010:townType	1	Nom du lieu (dans les adresses étrangères, si nécessaire ajouter l'indication de la province, etc.)



swissZipCode	eCH-0010:swissZipCodeType	1	Numéro postal d'acheminement suisse (à indiquer, si pays = 8100, correspond à la Suisse)
foreignZipCode	eCH-0010:foreignZipCodeType	1	Numéro postal d'acheminement étranger (à indiquer si le pays est étranger)
country	eCH-0008:countryIdType	1	Pays, code OFS du pays à quatre positions

4.6.3. *agencyType (organe d'exécution)*

Définit l'organe d'exécution en fonction de l'abréviation du canton et respectivement l'Institution commune LAMal avec l'abréviation « GEKVG » (correspond à ICLAMal en allemand).

L'agencyType se base sur le type eCH-0007:cantonAbbreviationType et le complète pour l'Institution commune LAMal. Les éléments suivants sont autorisés : ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, FR, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG, TI, VD, VS, NE, GE, JU, GEKVG.

4.6.4. *bagNumberType*

Définit l'assureur maladie sur la base du numéro OFSP (voir chapitre 3.2.17).

Le bagNumberType est de type xs:token et limité à une séquence de 5 chiffres (débutant avec un zéro si nécessaire). Expression régulière : `^d{5}$`.

Si l'assureur maladie est inconnu, il n'est pas possible d'utiliser une valeur fictive telle que 00000 ou 09999.

4.6.5. *bonusType (produit bonus)*

Produit bonus :

- 0 = 45 %
- 1 = 35 %
- 2 = 25 %
- 3 = 15 %
- 4 = 0 %
- 9 = aucun produit bonus

4.6.6. *businessProcessIdType (numéro courant)*

Le numéro courant est de type xs:unsignedLong et ne doit pas afficher plus de 18 positions (décimales).

4.6.7. *declarationLocalReferenceType (références de l'expéditeur)*

Décrit l'organe (service ou collaborateur) qui est compétent dans ce domaine du côté de l'expéditeur. Au lieu des références locales selon eCH-0058 (champ indéfini), la structure suivante est utilisée.

Elément	Type	#	Description
name	xs:token	1	Nom du collaborateur ou du service compé-



			tent
department	xs:token	0..1	Département
phone	analogue à eCH-0046:phoneNumberType	1	Numéro de téléphone
email	analogue à eCH-0046:emailAddressType	1	Adresse email
other	xs:token	0..1	Texte libre

4.6.8. *decreeConfirmationType (confirmation de décision)*

Elément	Type	#	Description
decreeld	decreeldType	1	Numéro de référence de la décision concernée
person	personType	1	Identification de la personne
insuranceData	insuranceDataType	1	Données de l'assureur-maladie

4.6.9. *decreeldType (Numéro de référence de la décision)*

Le numéro de référence est une suite de caractères alphanumériques et des trois caractères « _ » (soulignage), « - » (moins) et « . » (point) avec une longueur de 1 à 30 caractères.

Expression régulière : `^[a-zA-Z0-9_-\.\.]{1,30}$`

4.6.10. *decreeInventoryType (état des décisions)*

Elément	Type	#	Description
inventoryDate	xs:date	1	Date de référence de l'inventaire des décisions
beginDate	xs:date	1	Début de la période d'annonce
endDate	xs:date	1	Fin de la période d'annonce
decreeInventoryElement	decreeInventoryElementType	1..n	Décisions, y compris le numéro courant

4.6.11. *decreeInventoryElementType (éléments de l'état des décisions)*

Lors de l'annonce de l'état des décisions, la décision (decreeType) avec le dernier numéro courant traité (lastBusinessProcessId) sera indiquée. Au lieu d'une évolution du decreeType, les champs sont dupliqués (analogue au standard eCH).

Elément	Type	#	Description
decreeld	decreeldType	1	Numéro de référence de la décision concernée
person	personType	1	Identification de la personne
beginMonth	xs:gYearMonth	1	Mois de début (format YYYY-MM)
endMonth	xs:gYearMonth	1	Mois de fin (format YYYY-MM)
amount	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Montant mensuel de la RP en CHF, en francs et centimes, arrondi aux 5 centimes et supé-



			rieur à zéro
limitation	xs:boolean	1	False= pas de plafonnement True= plafonnement sur la prime tarifaire
lastBusinessProcessId	businessProcessIdType	1	Dernier numéro courant traité pour cette décision

4.6.12. *decreeRejectType (rejet d'une décision)*

Élément	Type	#	Description
decreed	decreedType	1	Numéro de référence de la décision rejetée
person	personType	1	Identification de la personne
decreeRejectReason	decreeRejectReasonType	1	Motif du rejet de la décision
newInsurance	bagNumberType	0..1	Pour nouvel assureur-maladie, numéro OFSP du nouvel assureur
agency	agencyType	0..1	Au cas où l'assuré-e est au bénéfice d'une RP durant la durée de validité de la décision annoncée, indication de la RP de l'organe d'exécution concerné

4.6.13. *decreeRejectReasonType (motif du rejet d'une décision)*

Le rejet de la part d'un assureur-maladie d'une décision, respectivement d'un abrégement ou d'une annulation, peut être motivé par les raisons suivantes lors de son annonce à l'organe d'exécution compétent :

- 1 = la décision RP remonte trop loin dans le passé ;
- 2 = la décision RP est situé trop loin dans l'avenir ;
- 3 = le numéro de décision concernant cette personne a déjà été utilisé par l'organe d'exécution ;
- 4 = changement pour un autre assureur-maladie ;
- 5 = aucune assurance AOS au début de la période de validité de la décision ;
- 6 = la personne assurée est déjà au bénéfice d'une RP durant la période de validité de la décision ;
- 7 = la personne assurée est exclue du processus d'annonce (ce motif n'est plus employé) ;
- 8 = divergence entre les numéros d'assuré (NAVS13).

4.6.14. *decreeType (décision)*

Élément	Type	#	Description
decreed	decreedType	1	Numéro de référence de la décision concernée
person	personType	1	Identification de la personne
beginMonth	xs:gYearMonth	1	Mois de début (format YYYY-MM)
endMonth	xs:gYearMonth	1	Mois de fin (format YYYY-MM)
amount	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Montant mensuel de la RP en CHF, en francs et centimes, arrondi aux 5 centimes et supé-



			rieur à zéro
limitation	xs:boolean	1	False= pas de plafonnement True= plafonnement sur la prime tarifaire

4.6.15. *insuranceDataType (données de l'assureur-maladie)*

Elément	Type	#	Description
premium	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Primes tarifaire en francs et centimes
accident	xs:boolean	1	True= avec accident False= sans accident
contractStartDate	xs:date	1	Début du rapport d'assurance AOS
contractEndDate	xs:date	0..1	Fin du rapport d'assurance AOS si connu/existant
franchise	xs:decimal (fractionDigits = 2)	0..1	Franchise annuelle en francs et centimes
premiumGroup	premiumGroupType	0..1	Groupe tarifaire
productName	xs:token	0..1	Nom du produit (texte libre)
bonus	bonusType	0..1	Produit bonus
premiumAge	premiumAgeType	0..1	Groupe d'âge tarifaire
premiumCountry	eCH-0008:countryIdType	0..1	Pays tarifaire, code OFS du pays à quatre positions selon https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/215076/master
premiumZoneCH	eCH-0007:cantonAbbreviationType	0..1	Zone tarifaire, en cas de pays tarifaire = 8100 (Suisse)
premiumZoneForeign	xs:token	0..1	Zone tarifaire, si étranger = texte libre
premiumRegionCH	premiumRegionType	0..1	Région tarifaire, si pays tarifaire = 8100 (Suisse)
premiumRegionForeign	xs:token	0..1	Région tarifaire, si étranger = texte libre

4.6.16. *insuranceInventoryType (effectif des assuré-e-s)*

Elément	Type	#	Description
inventoryDate	xs:date	1	Jour de référence de l'inventaire de l'effectif des assuré-e-s
beginDate	xs:date	1	Début de la période d'annonce
endDate	xs:date	1	Fin de la période d'annonce
insuranceQueryResult	insuranceQueryResultType	0..n	Résultat de la demande concernant une personne assurée

4.6.17. *insuranceQueryType (demande de rapport d'assurance)*

Elément	Type	#	Description
person	personType	1	Identification de la personne



beginMonth	xs:gYearMonth	1	Mois de début
endMonth	xs:gYearMonth	1	Mois de fin

4.6.18. *insuranceQueryResultType (réponse rapport d'assurance)*

Elément	Type	#	Description
person	personType	1	Identification de la personne
insuranceData	insuranceDataType	1	Données de l'assureur-maladie

4.6.19. *mutationReasonType (motif d'une modification du rapport d'assurance)*

Il existe les motifs suivants pour une modification du rapport d'assurance :

- 1 = Départ à l'étranger
- 2 = Décès
- 3 = Changement d'assureur
- 4 = Départ vers une destination inconnue
- 5 = Exclusion du processus d'annonce (ce motif n'est plus utilisé)
- 6 = Modification des données d'assurance

4.6.20. *mutationType (modification du rapport d'assurance)*

Elément	Type	#	Description
decreeld	decreeldType	1	Numéro de référence de la décision concernée
Person	personType	1	Identification de la personne
mutationDate	xs:date	1	Date de modification (Date de l'entrée en vigueur de la mutation)
insuranceData	insuranceDataType	1	Données de l'assureur-maladie
startDelay	xs:boolean	1	Identifiant indiquant un ajournement du début de l'assurance
mutationReason	mutationReasonType	1	Motif de la modification (doit toujours être indiqué)
otherInsurance	bagNumberType	0..1	Assureur précédent ou assureur suivant sur la base du numéro OFSP

4.6.21. *personType (identification de la personne)*

Les éléments utilisés se basent sur le type eCH-0044:personIdentificationType. Etant donné que, dans le standard original eCH-0044, l'indication du numéro AVS est optionnelle et que la date de naissance ne doit pas indiquer un jour précis, il est nécessaire, dans ce contexte, de reconstituer le type approprié pour l'échange de données RP et d'y inclure impérativement le numéro AVS (vn) ainsi que la mention de la date exacte de naissance (dateOfBirth).

Elément	Type	#	Description
---------	------	---	-------------



vn	eCH-0044:vnType	1	Numéro AVS à 13 chiffres (NAVS13)
officialName	eCH-0044:baseNameType	1	Nom de famille
firstName	eCH-0044:baseNameType	1	Tous les prénoms dans la bonne séquence
sex	eCH-0044:sexType	1	Genre (1= masculin, 2= féminin)
dateOfBirth	xs:date	1	Date de naissance
address	addressType	1	Adresse

4.6.22. *premiumAgeType (groupe de primes)*

Groupe d'âges selon art. 61, al. 3, LAMal :

- 1 = enfants
- 2 = jeunes adultes
- 3 = adultes

4.6.23. *premiumGroupType (groupe tarifaire)*

Assurance de base selon OFSP :

- 1 = assurance de base avec franchise ordinaire ou franchise à option
- 2 = HMO
- 3 = médecin de famille
- 9 = autres modèles

4.6.24. *premiumRegionType (région de primes)*

Régions de primes selon OFSP :

- 1 = région tarifaire 1
- 2 = région tarifaire 2
- 3 = région tarifaire 3

4.6.25. *statementType (décompte annuel)*

Élément	Type	#	Description
statementDate	xs:date	1	Date d'établissement du décompte annuel annoncé
statementYear	xs:gYear	1	Année du décompte
statementContributionYear	statementContributionYearType	0..n	Inscription pour chaque année de prime

4.6.26. *statementContributionYearType (montant annuel dans le décompte annuel)*

Élément	Type	#	Description
year	xs:gYear	1	Année de décompte
statementPerson	statementPersonType	0..n	Inscription pour chaque assuré-e



4.6.27. *statementPersonType (inscription d'une personne dans le décompte annuel)*

Élément	Type	#	Description
person	personType	1	Identification de la personne
statementPersonPeriod	statementPersonPeriodType	0..n	Période durant laquelle rien n'a changé du point de vue de la prime tarifaire, de la RP et de la suspension militaire (oui/non)

4.6.28. *statementPersonPeriodType (période)*

Élément	Type	#	Description
decreeld	decreeldType	1	Numéro de référence de la décision sous-jacente
lastBusinessProcessId Agency	businessProcessIdType	1	Dernier numéro courant de l'organe d'exécution traité et comptabilisé pour cette décision
lastBusinessProcessIdInsurance	businessProcessIdType	0..1	Dernier numéro courant traité et décompté par l'assureur pour cette décision (si existant) ; (n'existe que si une annonce « Modification du rapport d'assurance » a été émise)
beginMonth	xs:gYearMonth	1	Mois de début
endMonth	xs:gYearMonth	1	Mois de fin
premium	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Prime tarifaire cumulée en francs et centimes
amount	xs:decimal (fractionDigits = 2)	1	Total des subsides alloués en francs et centimes, arrondi à 5 centimes
militarySuspension	xs:boolean	1	True = suspension active de l'obligation d'assurance durant le service militaire False = aucune suspension de l'obligation d'assurance durant le service militaire

4.6.29. *stopType (annulation ou abrégement)*

Élément	Type	#	Description
decree	decreeType	1	Décision annulée ou abrégée
stopMonth	xs:gYearMonth	1	Dernier mois durant lequel la décision est encore valable. En cas d'annulation : avant le mois de début (beginMonth) de la décision.

4.6.30. *stopConfirmationType (confirmation d'annulation ou d'abrégement)*

Élément	Type	#	Description
decreeld	decreeldType	1	Numéro de référence de la décision annulée ou abrégée
person	personType	1	Identification de la personne

4.6.31. *stopRejectType (rejet d'annulation ou d'abrégement)*



Élément	Type	#	Description
decreeld	decreeldType	1	Numéro de référence de la décision rejetée
person	personType	1	Identification de la personne
stopRejectReason	stopRejectReasonType	1	Motif du rejet de l'annulation ou de l'abrégement
stopMonth	xs:gYearMonth	0..1	Au cas où la décision est déjà interrompue, indication de la date de fin de cette interruption

4.6.32. *stopRejectReasonType (motif du rejet d'une interruption)*

Le rejet d'une interruption peut être dû aux motifs suivants :

- 1 = décision inconnue ;
- 2 = date d'interruption annoncée postérieure à la fin de la période de validité de la décision initiale ;
- 3 = date d'interruption située trop loin dans le passé ;
- 4 = interruption non valable avec numéro de référence de la décision 0 (ce motif n'est plus utilisé).

5. Exemples

5.1. Nouvelle décision

Éléments de l'entête de l'annonce (sous <header>) :

Élément	Contenu
senderId	6-001000-1 (CC ZH)
recipientId	7-27-1 (Helsana)
messageId	ac7e3f65-f83d-4ea3-bb5d-09c8bfea6bda
businessProcessId	3
messageType	5201
subMessageType	000101
sendingApplication	Éléments : <ul style="list-style-type: none"> • manufacturer = Softwarehouse AG • product = solution logicielle • productVersion = 4.4.1
messageDate	2012-01-03T00:00:00Z
action	5 (demande)
declarationLocalReference	Éléments : <ul style="list-style-type: none"> • name = collaborateur XY • department = service des subsides • phone = 044 1234567 • email = collaborateur.xy@canton.ch
testDeliveryFlag	True



Éléments du contenu de l'annonce (sous <content>) :

Élément	Contenu
decreed	9345040f-c60e-4514-bfd8-66f5f1
person	<pre> Person { vn = 756111222331 officialName = Stutz firstName = Frieda sex = 2 dateOfBirth = 1970-01-01 address { street = Musterstrasse houseNumber = 1 town = Musterstadt swissZipCode = 8000 country = 8100 } } </pre>
beginMonth	2012-01
endMonth	2012-12
amount	105.25
limitation	False

5.2. Confirmation de nouvelle décision

Éléments de l'entête de l'annonce (sous <header>) :

Élément	Contenu
senderId	7-27-1 (Helsana)
recipientId	6-001000-1 (CC ZH)
messageId	449127ce-f672-4a5e-b559-2ccb889d7800
referenceMessageId	ac7e3f65-f83d-4ea3-bb5d-09c8bfea6bda
businessProcessId	3
messageType	5211
subMessageType	000102
sendingApplication	Éléments : <ul style="list-style-type: none"> • manufacturer = Softwarehouse AG • product = solution logicielle • productVersion = 4.4.1
messageDate	2012-07-03T00:00:00Z
action	6
declarationLocalReference	Éléments : <ul style="list-style-type: none"> • name = collaborateur XY • department = service RIP • phone = 044 1234567 • email = collaborateur.xy@assureur.ch



testDeliveryFlag	True
-------------------------	------

Éléments du contenu de l'annonce (sous <content>) :

Élément	Contenu
decreeld	9345040f-c60e-4514-bfd8-66f5f1
person	<pre>Person { vn = 7561111222231 officialName = Stutz firstName = Frieda sex = 2 dateOfBirth = 1970-01-01 address { street = Musterstrasse houseNumber = 1 town = Musterstadt swissZipCode = 8000 country = 8100 } }</pre>
insuranceData	<pre>insuranceData { premium = 280.50 accident = False contractStartDate = 2010-01-01 }</pre>

5.3. Décompte annuel

Éléments de l'entête de l'annonce (sous <header>) :

Élément	Contenu
senderId	7-27-1 (Helsana)
recipientId	6-001000-1 (CC ZH)
messageld	ea781d23-cc5b-4cb9-ac3f-07c28f57ff30
businessProcessId	5984673489674964
messageType	5214
subMessageType	000701
sendingApplication	Éléments : <ul style="list-style-type: none">• manufacturer = Softwarehouse AG• product = solution logicielle• productVersion = 4.4.1
messageDate	2017-02-29T00:00:00Z
action	1 (nouveau)
declarationLocalReference	Éléments : <ul style="list-style-type: none">• name = team finances RP• department = service des finances• phone = 044 1234567• email = team.finances.rp@assureur.ch
testDeliveryFlag	True



Le contenu de l'annonce (sous <content>) comporte un élément <statement> qui se présente sous la forme suivante :

Elément	Contenu
statementDate	2016-31-01
statementYear	2016
statementContributionYear	N occurrences (une par année de prime), voir ci-dessous

dans lequel peuvent se trouver plusieurs éléments <statementContributionYear> qui se présentent sous la forme suivante :

1^{er} exemple :

Elément	Contenu
year	2016
statementPerson	N occurrences (une par personne assuré), voir ci-dessous

dans lequel peuvent se trouver plusieurs éléments <statementPerson> qui se présentent sous la forme suivante :

Elément	Description
person	<pre> person { vn = 7569998887771 officialName = Stutz firstName = Frieda sex = 2 dateOfBirth = 1970-01-01 address { street = Musterstrasse houseNumber = 1 town = Musterstadt swissZipCode = 8000 country = 8100 } } </pre>
statementPersonPeriod	<p>N occurrences de :</p> <pre> statementPersonPeriod { decreedId = 9345040f-c60e-4514-bfd8-66f5f1 lastBusinessProcessIdAgency = 3 beginMonth = 2016-01 endMonth = 2016-12 premium = 3366.00 (prime tarifaire cumulée : 12 fois 280.50) amount = 1263.00 (total des RP attribuées : 12 fois 105.25) militarySuspension = False } </pre>

2^e exemple :

Elément	Contenu
year	2015
statementPerson	N occurrences (une par personne assurée), voir ci-dessous

dans lequel peuvent se trouver plusieurs éléments <statementPerson> qui se présentent sous la forme suivante :

Elément	Description
person	<pre> person { </pre>



	<pre>vn = 7569998887770 officialName = Hauser firstName = Kaspar sex = 1 dateOfBirth = 2000-02-29 address { street = Fünfeckpalast town = Musterstadt swissZipCode = 7000 country = 8100 } }</pre>
statementPersonPeriod	<pre>N occurrences de : statementPersonPeriod { decreedId = 5f33992d-c323-45b3-b039-cf3458 lastBusinessProcessIdAgency = 5467 beginMonth = 2015-01 endMonth = 2015-12 premium = 3366.00 (prime tarifaire cumulée : 12 fois 280.50) amount = 600.00 (total des RP attribuées : 12 fois 50.00) militarySuspension = False }</pre>

AWK GROUP SA

Leutschenbachstrasse 45, Case postale, CH-8050 Zurich,
T +41 58 411 95 00, www.awk.ch Zurich • Berne • Bâle • Lausanne