



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



santésuisse



AWK Group

Enabling digital performance.

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

25.03.2020



Informations sur le document

| | | |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Titre : | Concept « Echange de données sur la réduction des primes » | |
| Date de publication : | 25.03.2020 | |
| Version : | 4-1 | |
| Statut : | Version après la procédure de consultation avec adaptation de la version du schéma (chapitre 4.1) | |
| Nombre de pages : | 64 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 : 19.12.2019 |

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, 4.6.28, 4.6.30, 4.6.33, 4.6.34, 4.6.33 et 4.6.37). | 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, 4.6.33 et 4.6.34). | 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 3.12), 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, 4.6.30 et 4.6.33). Aucune modification n'a été apportée au schéma. | Mea |
| 2-3 / définitive | 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, 3.12, 4.3.6, 4.3.9-13, 4.6.4, 4.6.13, 4.6.15, 4.6.19-20, 4.6.30, 4.6.33, 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 / définitive | | Révision suite à l'arrêt du Tribunal fédéral (ATF 142 V 87) | |
| 3-0 | - | Cette version a été sautée. | Wel |
| 4-0 / définitive | 19.12.2019 | Révision suite à la révision de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC), nouveau chapitre 3.10, 4.6.24, 4.6.25, 4.6.26, 4.6.27, 4.6.29 | Wel |
| 4-1 / définitive | 25.03.2020 | Adaptation du chapitre 4.1 (version du schéma utilisée) | Wel |



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 relatif à 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 |
| ORPMUE | Ordonnance concernant la réduction des primes dans l'assurance-maladie en faveur des rentiers qui résident dans un Etat membre de l'Union 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 |
| 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 |
| LPC | Loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC), dont en particulier l'article 21a https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20051695/index.html |
| OPC | Ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, dont en particulier l'article 22 alinéa 5 et l'article 54a alinéa 5 https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19710014/index.html |
| ORPM | Ordonnance du 7 novembre 2007 sur les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes dans l'assurance-maladie https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20071955/index.html |
| ORPMUE | 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 l'Union européenne, en Islande ou en Norvège https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20011353/index.html |
| OEDRP-DFI | Ordonnance du DFI du 13 novembre 2012 sur l'échange de données relatif à la réduction des primes https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20111853/index.html |
| Commentaire OEDRP-DFI | Commentaire et teneur : Ordonnance du DFI 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/de/dokumente/kuv-aufsicht/rakv7/erlassadpvhuit.pdf.download.pdf/kommentar-erlass-huit.pdf |



Groupe de pilotage ED-RP

Membres du groupe de pilotage durant la révision du concept (élaboration version 4-1) :

| Nom | Institution |
|--------------------|-----------------------------------|
| Charles Allet | Service de la santé publique VS |
| Jonathan Favre | Groupe Mutuel |
| Philippe Candolfi | Visana |
| Rolf Häner | Office des assurances sociales BE |
| Matthias Levi | SWICA |
| Dominique Marcuard | OFSP, conseil consultatif |
| Silvia Marti | CDS (co-direction) |
| Andreas Meier | AWK Group AG, conseil consultatif |
| Axel Reichlmeier | santésuisse (co-direction) |
| Andy Ryser | SVZ TG |
| Nadine Schüpbach | OFAS, conseil facultatif |
| 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 4-1) :

| Nom | Institution |
|----------------------|---------------------------------------|
| Mandy Baumann | Adcubum AG |
| Olivier Guignard | Office vaudois de l'assurance-maladie |
| Sascha Jakobovic | IGS GmbH |
| Markus Jutzi | Office des assurances sociales BE |
| Stephan Lang | SVA AG |
| Matthias Levi | SWICA |
| Rita Pleisch | Helsana |
| Wilhelm Randelshofer | CSS |
| Christian Senning | AWK Group AG |
| Lukas Wehrli | AWK Group AG (gestion) |



Table des matières

| | | |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. | Généralités | 12 |
| 1.1. | Entrée en vigueur | 12 |
| 1.2. | Disposition transitoire..... | 12 |
| 2. | Introduction..... | 12 |
| 2.1. | Situation initiale..... | 12 |
| 2.2. | Limites | 13 |
| 2.3. | Structure de la documentation | 13 |
| 3. | Processus d'annonce | 13 |
| 3.1. | Aperçu des processus d'annonce | 13 |
| 3.2. | Dispositions d'application..... | 16 |
| 3.2.1. | Validité d'une décision RP..... | 16 |
| 3.2.2. | Décisions concernant plusieurs personnes | 17 |
| 3.2.3. | Date d'échéance d'une décision RP..... | 17 |
| 3.2.4. | Décisions à effet rétroactif ou à effet différé | 18 |
| 3.2.5. | Prime tarifaire, prime tarifaire divisée et prime tarifaire cumulée | 18 |
| 3.2.6. | Plafonnement..... | 19 |
| 3.2.7. | Suspension de l'obligation d'assurance pour les personnes soumises à l'assurance militaire..... | 19 |
| 3.2.8. | Réduction de primes en cas de prestations complémentaires (PC)..... | 20 |
| 3.2.9. | Traitement des décisions dans les mois partiels..... | 20 |
| 3.2.10. | Changement de canton | 21 |
| 3.2.11. | Décompte annuel | 21 |
| 3.2.12. | Fusion, rachat, séparation, nouvelle création, dissolution, faillite..... | 22 |
| 3.2.13. | Identification univoque d'une décision RP | 23 |
| 3.2.14. | Adresse de la personne assurée..... | 24 |
| 3.2.15. | Séquence de traitement et numéro courant..... | 24 |
| 3.2.16. | Fréquence des annonces et temps de réponse..... | 25 |
| 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..... | 26 |
| 3.2.19. | Jour de référence | 26 |
| 3.3. | Processus d'annonce 1 « Nouvelle décision » | 27 |
| 3.3.1. | Annonce « Décision » | 27 |
| 3.3.2. | Annonce « Rejet de la décision » | 27 |
| 3.3.3. | Annonce « Confirmation de décision » | 28 |
| 3.4. | Processus d'annonce 2 « Interruption d'une décision » | 29 |
| 3.4.1. | Annonce « Interruption » | 29 |
| 3.4.2. | Annonce « Confirmation d'interruption »..... | 29 |
| 3.4.3. | Annonce « Rejet d'interruption » | 29 |
| 3.5. | Processus d'annonce 3 « Modification du rapport d'assurance » | 30 |
| 3.5.1. | Annonce « Modification du rapport d'assurance » | 30 |



| | | |
|---------|-----------------------------------------------------------------|----|
| 3.6. | Processus d'annonce 4 « Demande de rapport d'assurance » | 31 |
| 3.6.1. | Annonce « Demande de rapport d'assurance »..... | 31 |
| 3.6.2. | Annonce « Réponse personne assurée »..... | 32 |
| 3.7. | Processus d'annonce 5 « Etat des décisions » | 32 |
| 3.7.1. | Annonce « Etat des décisions » | 32 |
| 3.8. | Processus d'annonce 6 « Effectif des assuré-e-s »..... | 33 |
| 3.8.1. | Annonce « Effectif des assuré-e-s »..... | 33 |
| 3.9. | Processus d'annonce 7 « Décompte annuel » | 33 |
| 3.9.1. | Annonce « Décompte annuel » | 33 |
| 3.10. | Processus d'annonce 8 « prime tarifaire » | 34 |
| 3.10.1. | Annonce « Demande de prime tarifaire » | 34 |
| 3.10.2. | Annonce « Réponse prime tarifaire » | 35 |
| 3.11. | Exemple d'application..... | 36 |
| 3.12. | Exemple « jour de référence » et « décompte annuel » | 38 |
| 3.12.1. | Jour de référence | 39 |
| 3.12.2. | Décompte annuel..... | 39 |
| 4. | Spécification de l'annonce | 40 |
| 4.1. | Version du schéma..... | 40 |
| 4.2. | Utilisation de sedex..... | 40 |
| 4.3. | Dispositions techniques d'application..... | 41 |
| 4.3.1. | Utilisation des standards eCH | 41 |
| 4.3.2. | Structure fondamentale de chaque annonce | 41 |
| 4.3.3. | Contrôle du schéma/validation | 42 |
| 4.3.4. | Numéro courant | 42 |
| 4.3.5. | Utilisation d'annonces groupées..... | 42 |
| 4.3.6. | Structure des données de l'annonce | 43 |
| 4.3.7. | Modèle de données et référencement..... | 44 |
| 4.3.8. | Données personnelles contenues dans toutes les annonces | 45 |
| 4.3.9. | Adressage..... | 45 |
| 4.3.10. | Formatage XML | 45 |
| 4.3.11. | Format des dates et des heures | 46 |
| 4.3.12. | Doubles annonces | 46 |
| 4.4. | Cadre de l'annonce..... | 47 |
| 4.5. | Types d'annonces et types de sous-annonces | 48 |
| 4.6. | Types..... | 49 |
| 4.6.1. | actionType (code d'action) | 49 |
| 4.6.2. | addressType (adresse) | 49 |
| 4.6.3. | agencyType (organe d'exécution) | 50 |
| 4.6.4. | bagNumberType | 50 |
| 4.6.5. | bonusType (produit bonus)..... | 50 |
| 4.6.6. | businessProcessIdType (numéro courant) | 50 |
| 4.6.7. | declarationLocalReferenceType (références de l'expéditeur)..... | 50 |



| | | |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.6.8. | decreeConfirmationType (confirmation de décision)..... | 51 |
| 4.6.9. | decreeIdType (Numéro de référence de la décision)..... | 51 |
| 4.6.10. | decreeInventoryType (état des décisions)..... | 51 |
| 4.6.11. | decreeInventoryElementType (éléments de l'état des décisions)..... | 51 |
| 4.6.12. | decreeRejectType (rejet d'une décision)..... | 52 |
| 4.6.13. | decreeRejectReasonType (motif du rejet d'une décision)..... | 52 |
| 4.6.14. | decreeType (décision)..... | 53 |
| 4.6.15. | insuranceDataType (données de l'assureur-maladie)..... | 53 |
| 4.6.16. | insuranceInventoryType (effectif des assuré-e-s)..... | 54 |
| 4.6.17. | insuranceQueryType (demande de rapport d'assurance)..... | 54 |
| 4.6.18. | insuranceQueryResultType (réponse rapport d'assurance)..... | 54 |
| 4.6.19. | mutationReasonType (motif d'une modification du rapport d'assurance)..... | 54 |
| 4.6.20. | mutationType (modification du rapport d'assurance)..... | 55 |
| 4.6.21. | personType (identification de la personne)..... | 55 |
| 4.6.22. | premiumAgeType (groupe de primes)..... | 56 |
| 4.6.23. | premiumGroupType (groupe tarifaire)..... | 56 |
| 4.6.24. | <i>premiumQueryType (demande de prime tarifaire)</i> | 56 |
| 4.6.25. | <i>premiumQueryResultType (réponse prime tarifaire)</i> | 56 |
| 4.6.26. | <i>premiumInsuredPersonType (inscription de la prime tarifaire d'une personne)</i> | 57 |
| 4.6.27. | <i>premiumRejectReasonType</i> | 57 |
| 4.6.28. | premiumRegionType (région de primes)..... | 57 |
| 4.6.29. | <i>queryRejectReasonType</i> | 57 |
| 4.6.30. | statementType (décompte annuel)..... | 57 |
| 4.6.31. | statementContributionYearType (montant annuel dans le décompte annuel) | 58 |
| 4.6.32. | statementPersonType (inscription d'une personne dans le décompte annuel) | 58 |
| 4.6.33. | statementPersonPeriodType (période)..... | 58 |
| 4.6.34. | stopType (annulation ou abrégement)..... | 59 |
| 4.6.35. | stopConfirmationType (confirmation d'annulation ou d'abrégement)..... | 59 |
| 4.6.36. | stopRejectType (rejet d'annulation ou d'abrégement)..... | 59 |
| 4.6.37. | stopRejectReasonType (motif du rejet d'une interruption)..... | 59 |
| 5. | Exemples..... | 60 |
| 5.1. | Nouvelle décision..... | 60 |
| 5.2. | Confirmation de nouvelle décision..... | 61 |
| 5.3. | Décompte annuel..... | 62 |



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 4-1 du 25.03.2020 entre en vigueur le 01.07.2020.

1.2. Disposition transitoire

Le nouveau processus d'annonce 8 doit être mis en œuvre dès le 01.11.2020. L'intervalle entre l'entrée en vigueur de la version 4-1 de ce concept et le 01.11.2020 est utilisé comme phase test.

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.

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 2-4, élaboré en collaboration entre la CDS et santésuisse, a été adapté suite à la révision du 22 mars 2019 de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC) et de l'ordonnance y relative (OPC)¹. 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 2-4 ont été intégrées dans le présent concept en version 4-1.

¹ Voir <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/sozialversicherungen/el/reformen-und-revisionen/el-reform.html>.



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. 4 de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal, RS 832.12).
- **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 <https://dapv.ch>.

3. Processus d'annonce

3.1. Aperçu des processus d'annonce

Selon l'art. 65 LAMal, huit 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.

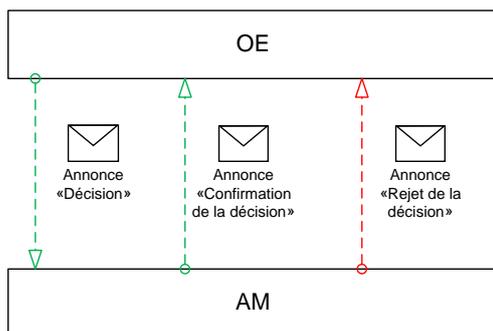


Illustration 1 : Processus d'annonce 1 « Nouvelle décision »

▪ **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.

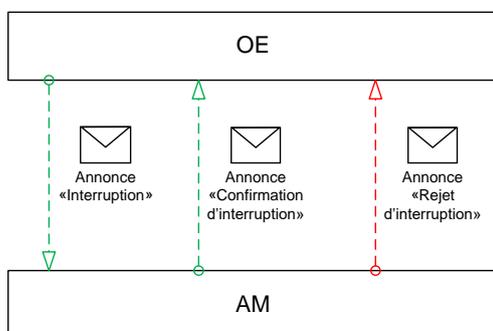


Illustration 2 : Processus d'annonce 2 « Interruption d'une décision »

▪ **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.

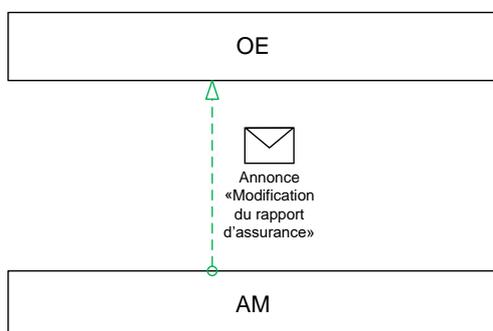


Illustration 3 : Processus d'annonce 3 « Modification du rapport d'assurance »

▪ **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.

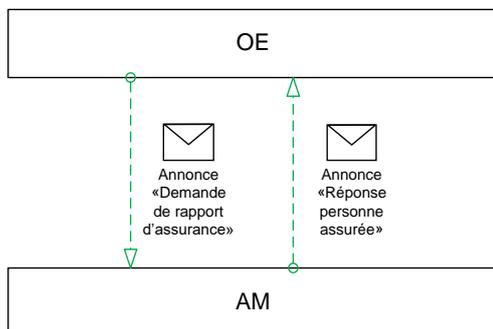


Illustration 4 : Processus d'annonce 4 « Demande de rapport d'assurance »

▪ **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.

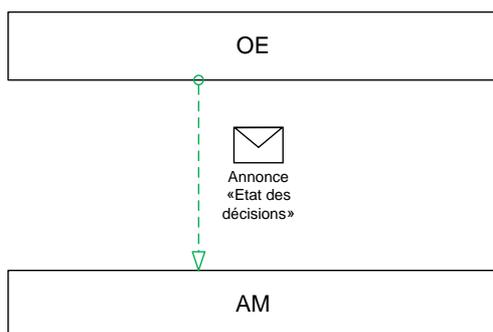


Illustration 5 : Processus d'annonce 5 « Etat des décisions »

▪ **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. <

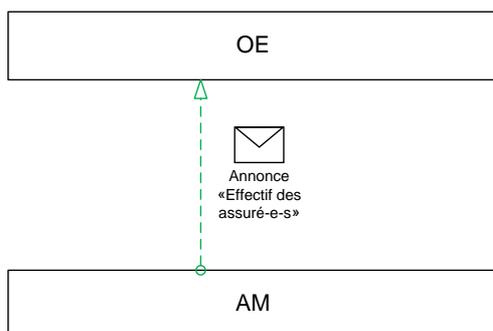


Illustration 6 : Processus d'annonce 6 « Effectif des assuré-e-s »



▪ 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.

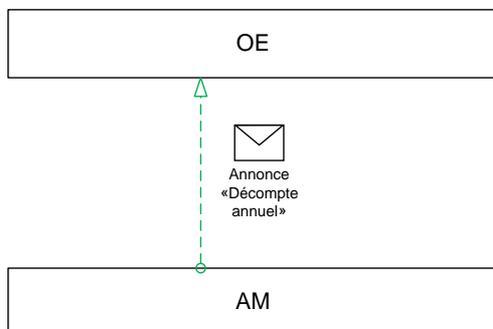


Illustration 7 : Processus d'annonce 7 « Décompte annuel »

▪ Processus d'annonce 8 « Prime tarifaire »

Si un organe d'exécution a besoin d'informations sur la prime tarifaire des assuré-e-s, il peut adresser une « demande de prime tarifaire » à un assureur-maladie. L'assureur-maladie fournit à l'organe d'exécution les données sur les primes tarifaires des assuré-e-s conformément à l'OPC.

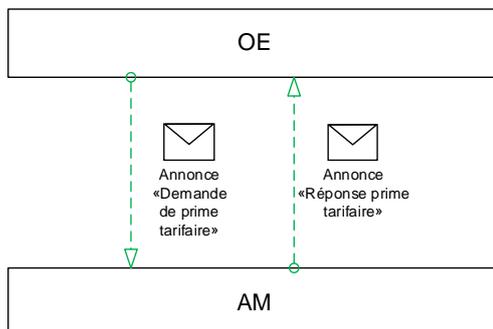


Illustration 8 : Processus d'annonce 8 « Prime tarifaire »

3.2. Dispositions d'application

❶ 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 28.2.2017.

❶ 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*

Les décisions sans date d'échéance ne sont pas admises.

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 RP peut être abrégée, cela signifie que la date d'échéance de la décision peut être modifiée dans ce sens. En outre, une décision 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*

Dans le cadre des dispositions légales, les organes d'exécution peuvent également émettre et interrompre par Sedex des décisions RP à effet rétroactif, étant convenu que :

- toutes les décisions concernant une période postérieure au 1.1.2014 peuvent être envoyées par sedex (indépendamment de la date de la décision) et
- toutes les décisions qui ont été envoyées par sedex peuvent également être abrégées par sedex.

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

Pour les limitations concernant les effets rétroactifs ou différés d'une décision, il n'existe aucune base légale dans le droit fédéral. Il s'agit de limitations techniques. Le présent concept ne permet pas de répondre à la question de savoir quelles adaptations rétroactives doivent être traitées par les assureurs-maladie.

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.

Pour ces limitations concernant les effets différés d'une décision, il n'existe aucune base légale dans le droit fédéral. Il s'agit d'un accord entre les organes d'exécution et les assureurs-maladie.

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 4.6.33) :

- 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.

i L'arrêt du Tribunal fédéral du 3 décembre 2015 (ATF 142 V 87) 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 un montant pour l'assurance obligatoire des soins. Celui-ci correspond à un montant forfaitaire annuel à hauteur de la prime moyenne cantonale ou régionale pour l'assurance obligatoire des soins (couverture des accidents comprise), mais n'excédant pas le montant effectif de la prime. La prime effective correspond à la prime tarifaire définie dans le présent concept (voir art. 16d OPC). Les organes d'exécution cantonaux doivent donc également échanger des données concernant les bénéficiaires de prestations complémentaires et en particulier la prime tarifaire de ces personnes. 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).

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 définie 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*

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. 4.6.33). 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 », les effectifs globaux (état des décisions, effectif des assuré-e-s, décompte annuel) ainsi que les annonces concernant la prime tarifaire 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. Les annonces « Demande de prime tarifaire » (processus d'annonce 8) constituent une exception. Le destinataire dispose de sept jours calendaires pour y répondre.

Les longs temps de réponse permettent 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 14 jours calendaires est accordé pour chaque processus (à l'exception du processus d'annonce 8). 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 de la prime de janvier 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. Annonce 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.

① 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 ORPMUE). 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 », « Effectif des assuré-e-s » et « Réponse prime tarifaire » 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 3.12 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 |
| Événement(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 écarter 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 |
| Événement(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 : |



| | |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autres remarques | <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 ; <ul style="list-style-type: none"> • 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. <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 |
| Événement(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 nom du nouvel assureur ne soit définitivement connu doivent accepter les décisions et les traiter aussi longtemps que le nouvel 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 ».</p> <p>Concernant la manière de décompter la RP, se référer au chapitre 3.2.1.</p> |



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 RP Réception 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 : |



| | |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autres remarques | <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. <ul style="list-style-type: none"> • Au cas où l'interruption a lieu après la fin de la période de décision : indication de cette date de fin. |
| | 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). |



| | |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • 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 |
| Événement(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 |
| Événement(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 |
| Événement(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 |
| Variantes | Aucune |
| Événement(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 |



| | |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autres remarques | <ul style="list-style-type: none"> • 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. |
| | <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 4.6.33), 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 3.12 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. Processus d'annonce 8 « prime tarifaire »

3.10.1. Annonce « Demande de prime tarifaire »

| | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Description | L'organe d'exécution envoie à l'assureur-maladie une demande d'informations sur les primes tarifaires des assuré-e-s. |
| Editeur | Organe d'exécution |
| Destinataire | Assureur-maladie |
| Événement(s) déclencheur(s) | Un organe d'exécution a besoin d'informations sur la prime tarifaire des assuré-e-s. |
| Conditions cadres | <ul style="list-style-type: none"> • La demande à un assureur-maladie peut être envoyée plusieurs fois par an. |



| | |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Contenus | <ul style="list-style-type: none"> • Date d'établissement de la demande • Année pour laquelle la demande s'applique • Indication si une liste des personnes pour lesquelles les primes tarifaires sont demandées est envoyée conjointement • Liste des personnes (en fonction de l'indication ci-dessus) |
| Autres remarques | <ul style="list-style-type: none"> • La demande peut concerner soit l'année en cours soit l'année civile suivante (la date d'établissement de la demande est déterminante). • L'organe d'exécution doit garantir la protection des données. Les assureurs-maladie ne doivent pas être informés du fait qu'une personne bénéficie ou non d'une PC. |

3.10.2. Annonce « Réponse prime tarifaire »

| | |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Description | L'assureur-maladie envoie à l'organe d'exécution des indications sur la prime tarifaire des assuré-e-s selon les directives de l'OPC. |
| Editeur | Assureur-maladie |
| Destinataire | Organe d'exécution |
| Événement(s) déclencheur(s) | Annonce « Demande de prime tarifaire » |
| Conditions cadres | Le destinataire dispose de sept jours calendaires pour répondre à la demande. |
| Contenus | <ul style="list-style-type: none"> • Date de l'inventaire des données annoncées • Année pour laquelle les indications sur les primes tarifaires s'appliquent (selon la demande) • Liste des personnes et primes tarifaires pour l'année actuelle et l'année demandée et, le cas échéant, raison pour laquelle aucune prime tarifaire n'est fournie sur une personne pour l'année demandée. • S'il n'est pas possible de répondre à la demande : indication de la raison |
| Autres remarques | <ul style="list-style-type: none"> • L'échange de données concernant toutes les réductions de primes doit être mis en œuvre exclusivement par l'organe d'exécution RP. • Une solution appropriée doit être définie 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'organe d'exécution doit garantir le respect de la protection des données lors de leur transmission à l'organe compétent en matière de PC. • Si la réponse tient compte d'une liste de personnes contenue dans la demande, toutes les personnes contenues dans la demande doivent également être incluses dans la réponse. • Les informations sur les primes tarifaires de l'année en cours et de l'année selon la demande doivent toujours être fournies si elles sont connues de l'assureur maladie. Cela vaut aussi si les deux primes tarifaires sont identiques. • Les suspensions de l'obligation d'assurance durant le service militaire n'ont aucune influence sur les primes tarifaires annoncées. Les primes tarifaires sont déclarées comme s'il n'y avait pas de suspensions de l'obligation d'assurance durant le service militaire. • S'il y a une personne pour laquelle aucune prime tarifaire n'est indiquée pour l'année demandée, l'une des raisons suivantes doit être donnée : <ul style="list-style-type: none"> – La personne est inconnue – La prime tarifaire est inconnue – La personne ne dispose d'aucune assurance AOS auprès de l'assureur-maladie en question dans l'année à laquelle la réponse s'applique |



La troisième raison est également utilisée si le changement n'est pas encore définitif, c'est-à-dire si, par exemple, l'assureur ultérieur n'est pas encore connu ou si le changement n'est pas possible en raison de dettes en cours.

3.11. 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.

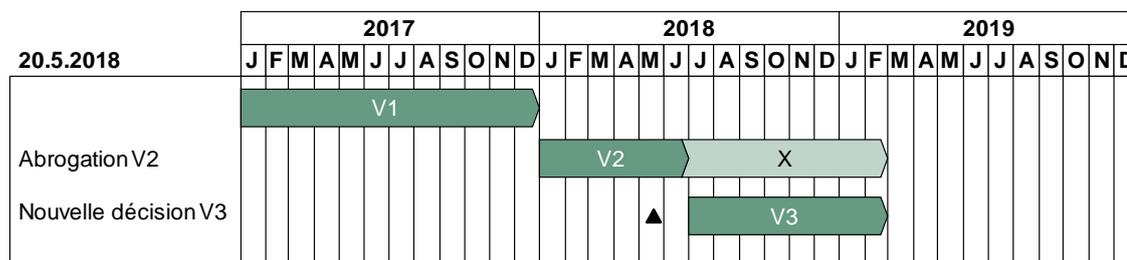
| 1.2.2018 | 2017 | | | | | | | | | | | | 2018 | | | | | | | | | | | | 2019 | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | J | F | M | 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.



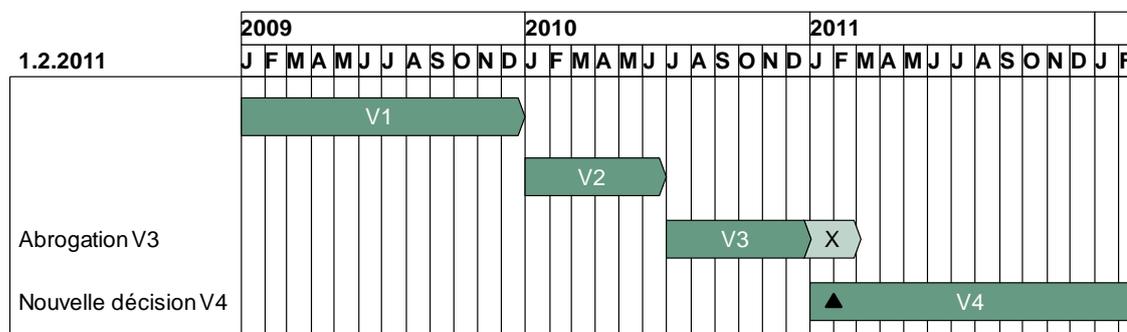
Dans le courant de l'année (au 20.5.2018), l'organe d'exécution décide que la RP doit être adaptée dès le milieu de l'année (p. ex. sur la base d'une annonce de mutation fournie par l'assureur-maladie). De ce fait, la décision V2 doit être abrégée pour fin juin 2018 et une nouvelle décision V3 émise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



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.



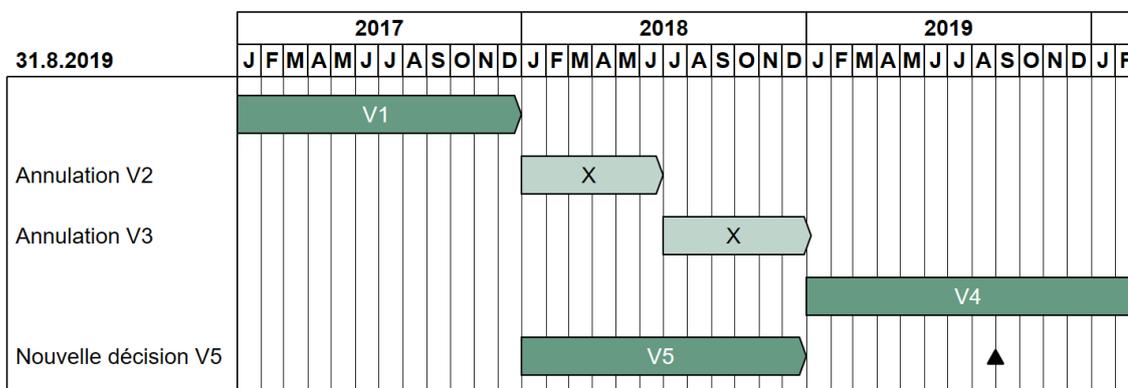
Annonces envoyées :

- 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.

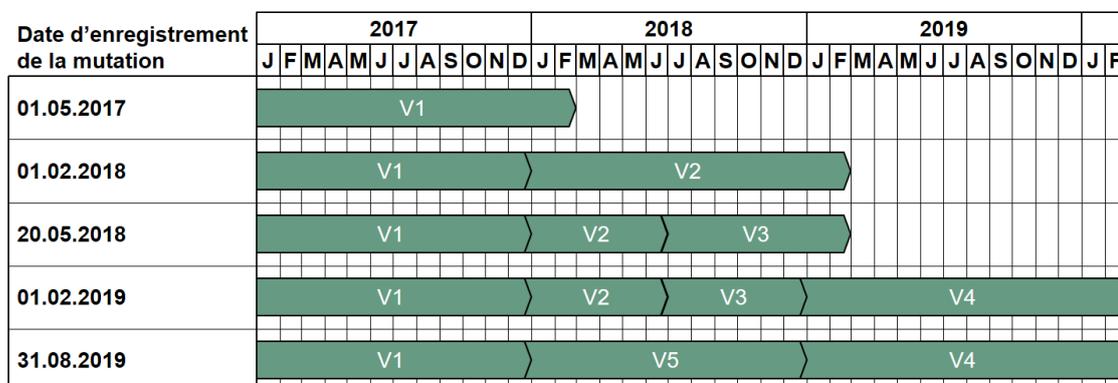


Annonces envoyées :

- 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.

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

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





3.12.1. 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) |

3.12.2. 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 | |



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 (processus d'annonce 8 compris) du schéma (XSD) fait partie intégrante de la présente version du Concept ED-RP (4-1).

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.

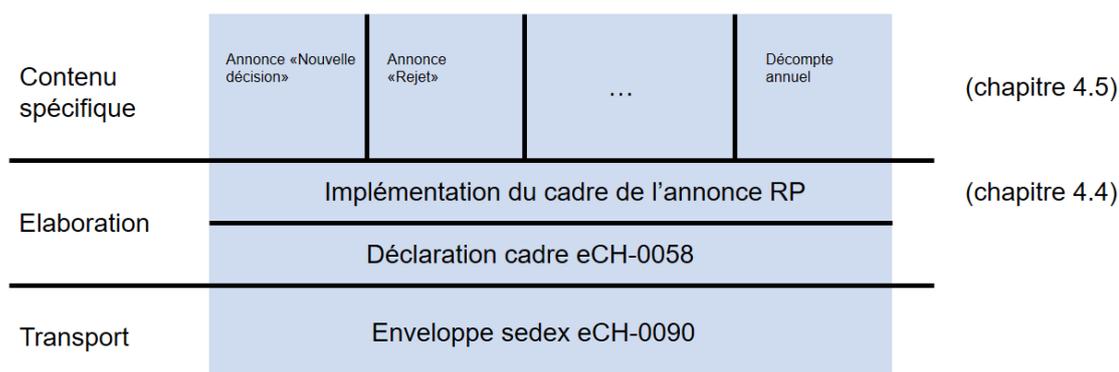


Illustration 9 : classement des standards eCH 0090 et 0058

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).

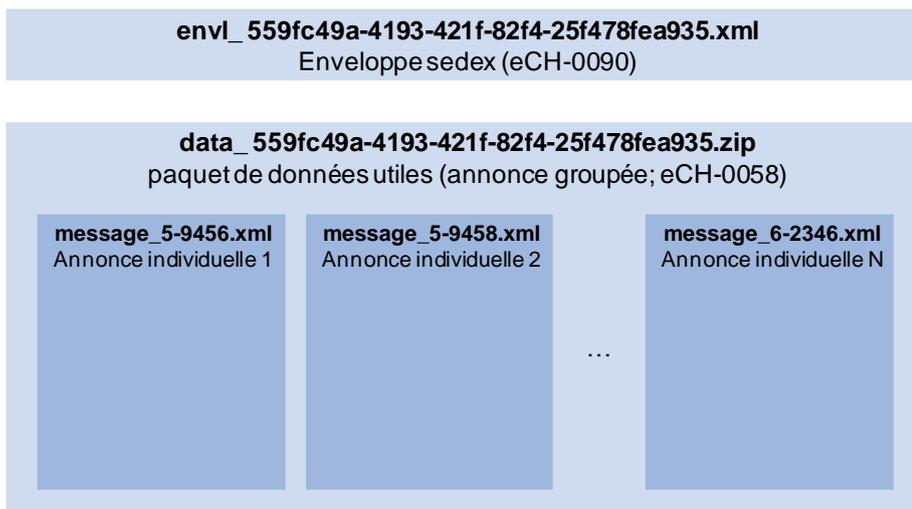


Illustration 10 : structure des données de l'annonce

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 première 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 ;
- `messageId` : chaque annonce individuelle se voit attribuer une ID qui doit impérativement être univoque dans le contexte de l'expéditeur. Le contenu de `referenceMessageId` des demandes (`action=5`) et des réponses (`action=6`) doit être identique au contenu du champ `messageId` de l'annonce de réponse. Exemple : « Décision » et « Rejet de la décision ». Il est à noter que la quittance sedex référence le champ `messageId` 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.

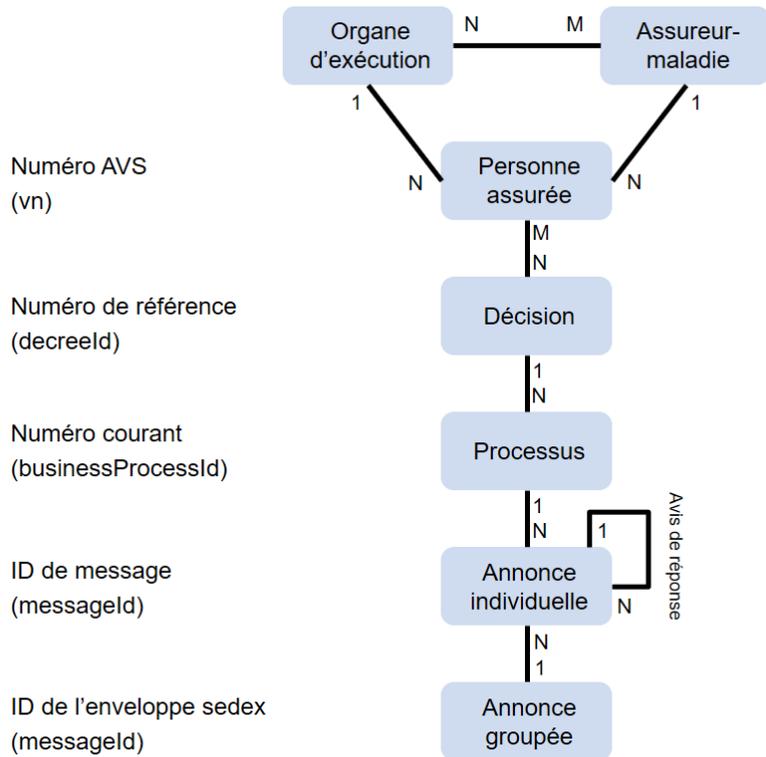


Illustration 11 : modèle de données

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 (`messaged`), de l'ID de l'expéditeur (`senderId`) et du numéro de référence de la décision (`decreeId`).

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

Processus d'annonce 4 et 8

On peut répondre deux fois aux demandes concernant le rapport d'assurance et aux demandes concernant la prime tarifaire. 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.

| Elément | # | 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
- 5205 : demande de prime tarifaire : 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
- 5215 : réponse prime tarifaire : 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.

| Proces-sus | Nom de l'annonce | Affectation des sous-éléments <header>- | | | Type des éléments en aval de <content> |
|------------|---------------------------------|-----------------------------------------|----------------|--------|----------------------------------------|
| | | messageType | subMessageType | action | |
| 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 |
| 8 | Demande de prime tarifaire | 5205 | 000801 | 5 | PremiumQuery |
| | Réponse prime tarifaire | 5215 | 000802 | 6 | PremiumQueryResult |

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.

| Élément | 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 cinq 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 compétent |
| 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 supérieur 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 |
|---------------------------|------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| decreeld | decreeldType | 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 |
|-------------------|---------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 supérieur 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)*

| Élément | Type | # | Description |
|--------------------------|---------------------------------|------|--------------------------------------------------|
| premium | xs:decimal (fractionDigits = 2) | 1 | Prime 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) |
| premiumRegion-Foreign | xs:token | 0..1 | Région tarifaire, si étranger = texte libre |

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

| Élément | 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 | insurance-QueryResultType | 0..n | Résultat de la demande concernant une personne assurée |

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

| Élément | 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)*

| Élément | 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:baseName-Type | 1 | Nom de famille |
| firstName | eCH-0044:baseName-Type | 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. *premiumQueryType (demande de prime tarifaire)*

| Élément | Type | # | Description |
|---------------------------------|------------|------|----------------------------------------------------------------------------|
| statementDate | xs:date | 1 | Date d'établissement de la demande |
| year | xs:gYear | 1 | Année pour laquelle la demande s'applique |
| specificSelectionBoolean | boolean | 1 | Indique si la liste (true) ou les personnes selon l'OPC (false) s'applique |
| person | personType | 0..n | Identification de la personne |

4.6.25. *premiumQueryResultType (réponse prime tarifaire)*

| Élément | Type | # | Description |
|-----------------------------|--------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| inventoryDate | xs:date | 1 | Jour de l'inventaire des données sur les primes annoncées |
| year | xs:gYear | 1 | Année pour laquelle la réponse s'applique |
| premiumInsuredPerson | premiumInsuredPersonType | 0..n | Liste des personnes et primes tarifaires pour l'année actuelle et l'année demandée |
| queryRejectReason | queryRejectReasonType | 0..1 | Indication de la raison pour laquelle il n'est pas possible de répondre à la demande |



4.6.26. *premiumInsuredPersonType* (inscription de la prime tarifaire d'une personne)

| Élément | Type | # | Description |
|-----------------------------|---------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| person | personType | 1 | Identification de la personne |
| inventoryDatePremium | xs:decimal (fractionDigits = 2) | 0...1 | Prime tarifaire en francs et centimes le jour de l'inventaire |
| queryDatePremium | xs:decimal (fractionDigits = 2) | 0...1 | Prime tarifaire en francs et centimes pour le mois de janvier (resp. le début de l'assurance) de l'année demandée |
| premiumRejectReason | premiumRejectReasonType | 0...1 | Raison pour laquelle aucune prime tarifaire n'est fournie pour l'année demandée |

4.6.27. *premiumRejectReasonType*

Raison pour laquelle aucune prime tarifaire n'est fournie :

- 1 = la personne est inconnue
- 2 = la prime tarifaire est inconnue
- 3 = la personne ne dispose d'aucune assurance AOS auprès de l'assureur-maladie en question dans l'année à laquelle la réponse s'applique

4.6.28. *premiumRegionType* (région de primes)

Régions de primes selon OFSP :

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

4.6.29. *queryRejectReasonType*

Indication de la raison pour laquelle il n'est pas possible de répondre à la demande :

- 1 = l'année demandée est située trop loin dans le passé
- 2 = l'année demandée est située trop loin dans l'avenir
- 3 = la demande ne correspond pas à l'OPC

4.6.30. *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 |
|----------------------------------|-------------------------------|------|----------------------------------------|

4.6.31. *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 |

4.6.32. *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) |

4.6.33. *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 |
|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------|

4.6.34. *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. |

4.6.35. *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 |

4.6.36. *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 |

4.6.37. *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

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

| Elément | 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 | Eléments : <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 | Eléments : <ul style="list-style-type: none">• name = collaborateur XY• department = service des subsides• phone = 044 1234567• email = collaborateur.xy@canton.ch |
| testDeliveryFlag | True |

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

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



5.2. Confirmation de nouvelle décision

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

| Elément | 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 | Eléments : <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 | Eléments : <ul style="list-style-type: none">• name = collaborateur XY• department = service RIP• phone = 044 1234567• email = collaborateur.xy@assureur.ch |
| testDeliveryFlag | True |

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

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



5.3. Décompte annuel

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

| Elément | Contenu |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| senderId | 7-27-1 (Helsana) |
| recipientId | 6-001000-1 (CC ZH) |
| messageId | ea781d23-cc5b-4cb9-ac3f-07c28f57ff30 |
| businessProcessId | 5984673489674964 |
| messageType | 5214 |
| subMessageType | 000701 |
| sendingApplication | Eléments : <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 | Eléments : <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 :

| Élément | 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 :

| Élément | Description |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| person | <pre> person { vn = 7569998887770 officialName = Hauser firstName = Kaspar sex = 1 dateOfBirth = 2000-02-29 address { street = Fünfeckpalast town = Musterstadt swissZipCode = 7000 country = 8100 } } </pre> |
| statementPersonPeriod | <p>N occurrences de :</p> <pre> statementPersonPeriod { </pre> |



```
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
}
```

AWK GROUP SA

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