

Notes: remise des dossiers et questionnaire assureurs maladie

CAMsuisse* a publié deux nouvelles notes qui répondent à certaines questions récurrentes que peuvent se poser les thérapeutes: comment dois-je procéder avec le questionnaire des assureurs maladie pour le traitement de clientes/clients et que dois-je prendre en considération lors de la remise de dossiers et de documents?

Note Remise des dossiers

Conformément à l'article 400 du Code des obligations, les client/es ont droit à une copie de l'ensemble de leur dossier médical (DM). Le ou la thérapeute doit en assumer en tout temps la responsabilité et être en mesure de remettre une copie de ce dossier à leurs client/es. En revanche, les notes personnelles ne doivent pas être remises, pour autant que celles-ci existent sous la forme d'un document séparé. De même, le/la thérapeute n'est pas tenu/e d'établir une liste chronologique des traitements effectués ou un résumé qui va au-delà du dossier médical.

L'assureur maladie (LCA) peut demander aux clients de lui remettre des documents. Ces documents doivent être envoyés à l'assurance par les clients eux-mêmes et non pas par le ou la thérapeute, car il n'existe aucune convention contractuelle entre ce dernier/cette dernière et l'assureur maladie.

Fiche d'information Questionnaire pour les assureurs maladie

Les données relatives à la santé sont des données personnelles particulièrement sensibles et qui doivent donc être protégées. Les thérapeutes sont tenus au secret professionnel et à la protection de ces données, ce tant que le/la client/e n'en a pas donné explicitement et concrètement l'autorisation. Outre la loi sur la protection des données (LPD), les dispositions cantonales en la matière doivent être observées, en particulier si une autorisation de pratiquer est nécessaire dans le canton concerné.

Les assureurs maladie envoient en règle générale des questionnaires lorsque des doutes surgissent quant à l'utilité d'un traitement de plus longue durée. Etant donné qu'il n'existe aucune relation contractuelle entre le/la thérapeute et l'assureur maladie, le/la client/e doit être d'accord de remplir le questionnaire et de s'acquitter des frais encourus. Dans le tarif 590, les positions tarifaires 1253 (rapport formalisé) et 1254 (rapport non formalisé) peuvent être utilisées pour le décompte des prestations. Seules les informations relatives au traitement en cours doivent être transmises.

Également ces documents doivent être envoyés à l'assurance par les clients eux-mêmes et non pas par le ou la thérapeute.

Les deux notes sont disponibles dans leur version intégrale sur le site web de l'OrTra TC, dans la rubrique «Informations pour praticien-ne-s».