

Questions fréquemment posées

Que faire si un assureur fait une contre-évaluation et que celle-ci remplace l'évaluation précédente faite par l'institution pour le financement des soins ?

Dans le cadre de l'application de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal art. 42 al. 3 et 4, art. 50 et OPAS art. 8 al. 5), les assureurs peuvent vérifier la juste attribution du résidant à un niveau de soins requis et le caractère économique de la prestation qui lui est prodiguée.

Certains assureurs contrôlent les évaluations PLAISIR®. Au besoin, ils demandent de refaire une évaluation, voire font eux-mêmes des contre-évaluations. Dans tous les cas, les contrôles doivent respecter la décision No 21 de la CT PLAISIR® : « Méthodologie PLAISIR® pour les contrôles effectués par les assureurs-maladie ».

A son paragraphe 5, cette décision mentionne :

« Les résultats de ces contre-évaluations sont automatiquement intégrés par l'EROS dans la base de données intercantonale.

L'assureur qui a effectué la contre-évaluation en communique le résultat à l'établissement en lui envoyant, dès réception, les deux pages du profil bio-psycho-social, afin que l'établissement puisse en tenir compte pour son financement et sa gestion. »