



CONTRAT D'HÉBERGEMENT

PARTIES CONTRACTANTES

Le présent contrat est conclu entre d'une part,

Home médicalisé Le Foyer

Neuve 5

2314 La Sagne

ci-après l'institution,

et d'autre part,

Nom :

Prénom :

No AVS :

Adresse :

.....
.....

Date de naissance :

Origine :

ci-après désigné comme le résident*.

* Toutes les références aux personnes doivent s'entendre au masculin comme au féminin.

Le cas échéant, le résident est représenté par :

Nom :

Prénom :

Adresse :
.....
.....

Téléphone/s :

ci-après désigné comme le représentant agissant en qualité de :

- mandataire au bénéfice d'une procuration de portée générale¹ valable (la procuration doit être remise à l'établissement ; un modèle figure en *annexe 9*.)

lien familial :

autre lien :

- curateur selon décision de l'Autorité de Protection de l'Adulte et de l'Enfant (APAE) (la décision doit être remise à l'établissement).

autre :

¹ Pour plus de renseignements à ce propos, consulter par exemple la brochure « Planifier l'avenir avec mandat pour cause d'incapacité », pages 3 et 4, Association suisse Alzheimer, août 2013

MESURES PERSONNELLES ANTICIPÉES

Directives anticipées²

Des directives anticipées ont été établies oui non

Si oui :

- une copie des directives anticipées est jointe dans le dossier de soins du résident, lequel reste libre de les modifier à tout moment.

Représentant thérapeutique³

Le résident désigne en qualité de représentant thérapeutique :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone/s :

² Document signé et daté indiquant le type de mesures (diagnostiques, curatives, palliatives) souhaitées ou non par le résident, au cas où il ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté.

³ Personne désignée par le résident et chargée de se prononcer à sa place sur le choix des soins à lui prodiguer dans les situations où il ne dispose plus de la capacité pour se déterminer.

TABLE DES MATIÈRES

1.	BUT ET OBJET	6
2.	RELATIONS JURIDIQUES - DROITS ET DEVOIRS DES PARTIES	6
3.	PRESTATIONS SOCIO-HÔTELIÈRES.....	7
3.1	Prestations individuelles journalières (PIJ) comprises dans le prix de pension	7
3.2	Prestations individuelles spécifiques (PIS) à charge du résident.....	7
3.3	Autres prestations supplémentaires à choix (APSAC)	7
4.	PRESTATIONS DE SOINS ET MÉDICO-THÉRAPEUTIQUES	7
4.1	Soins.....	7
4.2	Médecin	7
4.3	Thérapeutes	7
4.4	Pharmacie	8
5.	CONDITIONS FINANCIÈRES	8
5.1.	Financement de l'hébergement socio-hôtelier	8
5.2	Facturation des prestations de soins et médico-thérapeutiques.....	8
5.3	Paiement d'un acompte	9
5.4	Facturation et paiement	9
6.	ABSENCES DU RÉSIDENT	10
6.1	Hospitalisation.....	10
6.2	Vacances et congés	10
7.	ENTRÉE / TRANSFERT / DÉPART DU RÉSIDENT	10
8.	ASSURANCES.....	10
9.	DÉPÔT D'ARGENT ET D'OBJETS DE VALEUR.....	10
10.	DURÉE DU CONTRAT ET RÉSILIATION	11
10.1	Durée du contrat.....	11
10.2	Fin du contrat.....	11
11.	PLAINTES.....	11
12.	DISPOSITIONS FINALES	12

ANNEXE 1	Prix de pension et participation aux frais de soins	13
ANNEXE 2	Prestations individuelles journalières (PIJ) comprises dans le prix de pension	14
ANNEXE 3	Prestations individuelles spécifiques (PIS) à charge du résident.....	15
ANNEXE 4	Autres prestations supplémentaires à choix (APSAC) à charge du résident	16
ANNEXE 5	Prestations de soins et médico-thérapeutiques (PSMT).....	17
ANNEXE 6	Informations sur les prestations complémentaires AVS/AI et aides individuelles	19
ANNEXE 7	Extrait du règlement d'utilisation du dossier résident informatisé.....	21
ANNEXE 8	Remise de la brochure « L'Essentiel sur les droits des patients »	23
ANNEXE 9	Procuration pour la gestion administrative.....	24
ANNEXE 10	Procuration à des fins d'information de l'octroi d'une allocation pour impotence	25

1. BUT ET OBJET

Ce contrat, établi en conformité avec les lois et règlements en vigueur, a pour but de préciser les droits et les devoirs de l'institution et du résident.

2. RELATIONS JURIDIQUES - DROITS ET DEVOIRS DES PARTIES

- 2.1 Le présent contrat est conclu entre le résident et l'établissement qui s'engagent à en respecter les dispositions.
- 2.2 Cas échéant, le représentant agit au nom et pour le compte du résident. La signature du contrat d'hébergement par le représentant engage le résident envers l'établissement.
- 2.3 L'établissement garantit notamment au résident le droit au respect de sa dignité d'individu et de conserver le contact avec son entourage.
- 2.4 Le résident s'engage à traiter avec respect tout collaborateur de l'établissement et les autres résidents. Il s'engage par ailleurs à respecter les règles internes de l'établissement.
- 2.5. Selon l'article 24 de la loi neuchâteloise de santé du 6 février 1995, « chaque patient doit recevoir, lors de son entrée dans une institution, une information écrite, aisément lisible sur ses droits et ses devoirs, ainsi que sur les conditions de son séjour ».
- 2.6 En sa qualité de patient, le résident bénéficie de tous les droits qui lui sont reconnus par la loi de santé neuchâteloise. La brochure jointe au présent contrat intitulée « l'essentiel sur les droits des patients », éditée par le Service cantonal de la santé publique (SCSP), apporte les renseignements complémentaires sur ce thème (*cf. annexe 8*).
- 2.7 L'institution, à des fins d'organisation et de traitement des informations, dispose d'un dossier résident informatisé contenant des données administratives et des données médicales concernant le résident.
- 2.8 L'institution applique le règlement d'accès au dossier résident informatisé édité par l'ANEMPA (association neuchâteloise des établissements et maisons pour personnes âgées) en conformité avec la loi sur la protection des données. Un extrait de ce règlement est joint au présent contrat d'hébergement (*cf. annexe 7*).
- 2.9 Lors de la signature du contrat, le résident, ou en son nom son représentant, s'engage à transmettre toutes les informations utiles sur son état de santé dans le respect des règles régissant la protection des données et, si le résident n'est pas autonome à requérir des prestations complémentaires à l'AVS (PC) dès son entrée dans l'institution. Passé un délai de six mois après cette entrée, les PC ne seront plus accordées à titre rétroactif.

L'allocation d'impotence est incluse dans les ressources du résident et prise en compte dans le calcul des prestations complémentaires. En cas d'octroi d'une allocation pour impotence, le répondant informe l'institution. A cet effet, la procuration (selon le modèle figurant à l'*annexe 10*) est dûment complétée par les parties et transmise à la caisse de compensation et à l'office AI.

L'état de fortune et les ressources du résident lors de son entrée dans l'institution seront analysés par la Caisse cantonale neuchâteloise de compensation pour l'octroi de PC et, le cas échéant, d'aides individuelles.

En cas de non-octroi, des demandes devront être à nouveau adressées lorsque les ressources et l'état de fortune subissent des modifications.

- 2.10** Le résident, ou en son nom son représentant, informe l'institution, dès qu'il a connaissance des faits, de l'impossibilité financière de supporter les factures établies par l'institution. L'institution se réserve le droit d'exiger tout document utile justifiant la situation financière du résident, notamment un extrait de l'office des poursuites.

3. PRESTATIONS SOCIO-HÔTELIÈRES

3.1 Prestations individuelles journalières (PIJ) comprises dans le prix de pension

Les prestations de services comprises dans le prix de pension journalier sont les suivantes :

- la mise à disposition d'une chambre à un (ou deux) lit(s), le lit électrique et la table de nuit font partie de l'équipement imposé ;
- le service de restauration : petit-déjeuner, repas de midi et du soir ainsi que les collations et les boissons mises à disposition ;
- le service hôtelier incluant le service à table, le linge lavable en machine, le ménage et le service technique ;
- la libre participation aux activités d'animation internes et externes ;
- la libre utilisation des locaux communs, en particulier des locaux de loisirs ;
- les autres prestations individuelles détaillées dans l'*annexe 2*.

3.2 Prestations individuelles spécifiques (PIS) à charge du résident

Le prix de pension journalier ne comprend pas les prestations individuelles spécifiques (PIS) ni certaines dépenses à charge du résident. Ces prestations sont facturées en sus du prix de pension journalier, selon l'*annexe 3* jointe au présent contrat.

Les prestations individuelles spécifiques (PIS) sont constituées des prestations ou articles usuels personnellement nécessaires. Ces frais peuvent être pris en charge de cas en cas, tout ou partiellement, par l'assureur maladie, l'AI ou les prestations complémentaires.

3.3 Autres prestations supplémentaires à choix (APSAC)

Les autres prestations supplémentaires à choix (APSAC – cf. *annexe 4*) sont constituées de l'ensemble des prestations ou articles qui ne sont pas strictement nécessaires, choisis par le résident ou son représentant pour augmenter son confort. Ces frais sont entièrement à la charge du résident et ne sont donc pas pris en compte dans les calculs de décision des régimes sociaux.

4. PRESTATIONS DE SOINS ET MEDICO-THERAPEUTIQUES

4.1 Soins

L'institution détermine l'ensemble des prestations de soins nécessitées par l'état de santé du résident avec son assentiment ou celui de son représentant.

4.2 Médecin

L'institution recommande de faire appel au médecin de l'institution pour autant que celle-ci ait engagé un médecin.

Le résident est libre de choisir un médecin traitant extérieur à l'établissement. Il est tenu d'en communiquer le nom à l'établissement. Dans ce cas, un entretien de réseau est demandé pour déterminer l'organisation des consultations et des urgences.

4.3 Thérapeutes

L'institution recommande de faire appel aux thérapeutes (physiothérapeute, ergothérapeute) de l'institution.

Le résident est libre de choisir un thérapeute extérieur à l'établissement. Il est tenu d'en communiquer le nom à l'établissement. Dans ce cas, un entretien de réseau est demandé pour déterminer l'organisation des traitements.

4.4 Pharmacie

L'institution a sa propre organisation de pharmacie. La gestion des médicaments est externalisée.

Le résident peut s'adresser à une pharmacie de son choix. Il est tenu d'en communiquer le nom à l'établissement. Dans ce cas, la pharmacie est tenue de se conformer aux directives de l'institution.

5. CONDITIONS FINANCIÈRES

5.1. Financement de l'hébergement socio-hôtelier

5.1.1 Prestations à charge du résident

- Le prix de pension journalier, qui comprend la prestation socio-hôtelière de base, le supplément pour chambre individuelle et la prestation loyer (*cf. annexe 2*) ; la part du prix de pension à charge du résident est déterminée en fonction de sa situation financière (*cf. annexe 6*) ;
- Les prestations individuelles spécifiques (PIS) (voir chiffre 3.2) ;
- Les autres prestations supplémentaires à choix (APSAC) (voir chiffre 3.3).

5.1.2 Les tarifs correspondant aux rubriques ci-dessus sont remis pour information en annexe. Le prix de pension et les prestations individuelles spécifiques sont définis chaque année par voie d'arrêté du Conseil d'Etat. Les résidents sont informés des modifications des tarifs.

5.2 Facturation des prestations de soins et médico-thérapeutiques

5.2.1 Principe général

Le financement des soins et des prestations médico-thérapeutiques est indépendant du prix de pension. Ces prestations peuvent en partie être prises en charge par l'assurance-maladie (de base et/ou complémentaire) du résident ou par les régimes sociaux. L'établissement s'assure que le résident ou son représentant effectue les démarches nécessaires pour l'obtention des prestations sociales auxquelles il peut prétendre. Des informations détaillées sont données au résident dans l'*annexe 5* (PSMT prestations de soins et médico-thérapeutiques) qui lui est remise avec le contrat.

5.2.2 Facturation des prestations de soins

Les frais de soins sont facturés, selon le degré de soins défini par les outils PLEX (**PLAISIR® EXpress**) et PLAISIR® (**Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis**).

Cette facturation se fait, selon les règles fixées dans l'OPAS, art.7, de la manière suivante :

- La participation de l'assureur-maladie à hauteur du montant fixé dans l'OPAS ;
- La participation du résident, participation définie par le Conseil d'Etat du canton de Neuchâtel s'élève au maximum au 20% de la participation maximale des assureurs (OAMAL) ;
- La participation de l'Etat pour la part résiduelle du coût des soins définie par arrêté cantonal.

5.2.3 Facturation des prestations médico-thérapeutiques

Ces prestations comprennent, notamment :

- Les honoraires médicaux ;
- Les médicaments ;
- Le matériel de soins y compris le matériel d'incontinence ;
- Les honoraires de physiothérapie ;
- Les honoraires d'ergothérapie ;
- Les honoraires de dentiste ;
- Les honoraires de pédicure sur prescription médicale ;

- Les examens ordonnés par le médecin ;
- La quote-part et la franchise ;
- Les frais de transport à but médical ;
- Les coûts supplémentaires engendrés par l'approvisionnement dans une autre pharmacie que celle fournissant habituellement l'établissement.

5.3 Paiement d'un acompte

Afin de garantir l'exécution des obligations du résident envers l'établissement découlant du présent contrat, un acompte de **CHF 4'000.-**, correspondant au maximum à un mois de frais d'hébergement et de la part aux soins, est demandé au résident.

5.4 Facturation et paiement

5.4.1 Les factures sont établies mensuellement. Le règlement doit être effectué par le résident ou son représentant avec les recettes dont il disposera (rente vieillesse, allocations d'impotence, prestations complémentaires, etc.), le cas échéant avec sa fortune, conformément au délai de paiement figurant sur la facture.

Pour rappel, les rentes sont versées au résident à l'avance, au début du mois pour le mois en cours.

5.4.2 Tout retard fera l'objet d'un rappel pour lequel la direction se réserve le droit de facturer des frais et un intérêt moratoire au taux de 5% l'an.

5.4.3 Si l'institution estime insuffisantes les garanties en matière du paiement du prix de pension, le résident, ou en son nom son représentant, s'engage à signer le formulaire fédéral « Demande de versement de rente à un tiers ou à une autorité qualifiée » (cession).

L'institution pourra engager des poursuites, voire solliciter auprès de l'autorité compétente la nomination d'un représentant légal chargé de gérer les biens du résident.

5.4.4 Les factures échues établies sur la base du présent contrat valent reconnaissance de dette au sens de l'article 82 LP.

6. ABSENCES DU RÉSIDENT

6.1 Hospitalisation

En cas d'hospitalisation, la totalité du prix de pension est due pendant la durée du séjour hospitalier.

L'institution garde la chambre contre facturation pour une durée de soixante jours maximum. Ce délai échu, l'institution informe le résident de la fin de la garde de la chambre.

6.2 Vacances et congés

En cas de vacances et congés, la totalité du prix de pension est due pendant la durée de l'absence.

7. ENTRÉE / TRANSFERT / DÉPART DU RÉSIDENT

7.1 Les jours d'entrée et de sortie sont pris en compte, sauf en cas de transfert.

7.2 En cas de transfert dans une autre institution du canton (EMS ou hôpital), la facturation du prix de pension s'arrête le jour précédant le transfert. Dans ce cas, l'établissement qui reçoit le résident facture le prix de pension.

L'institution peut demander le transfert d'un résident si sa prise en charge ne correspond plus à sa mission.

7.3 En cas de départ, de transfert hors canton ou de décès du résident, l'institution peut facturer la totalité du prix de pension journalier tant que la chambre n'est pas libérée.

Une prestation de garde-meubles est due dès le 31^{ème} jour par le représentant qui entrepose, suite au départ ou au décès du résident qu'il représente, des biens mobiliers dans les locaux de l'institution.

8. ASSURANCES

L'institution a contracté une assurance RC privée, contrat collectif. En conséquence, le résident est couvert en cas de dommages matériels ou corporels causés à des tiers dans la mesure où sa responsabilité civile est engagée.

L'institution a également contracté une assurance ménage couvrant les biens des résidents. Sont assurés les biens propres des résidents dans l'institution jusqu'à concurrence de CHF 15'000.- par résident, sauf les bijoux, fourrures et valeurs pécuniaires. Les limites de prestations prévues par les conditions générales sont valables pour chaque sinistre.

Les primes sont à charge de l'institution.

9. DEPÔT D'ARGENT ET D'OBJETS DE VALEUR & PERTE

Il est vivement conseillé d'effectuer tout dépôt d'argent et de valeurs auprès de l'institution qui en assume la responsabilité. Le dépôt ne donne pas droit à un versement d'intérêts.

L'institution décline toute responsabilité en cas de perte, disparition et détérioration d'objets et valeurs qui ne lui seraient pas confiés et/ou qui auraient été déposés dans des lieux inappropriés.

10. DURÉE DU CONTRAT ET RÉSILIATION

10.1 Durée du contrat

Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée et commence le

10.2 Fin du contrat

10.2.1 Résiliation par le résident et/ou son représentant

Le résident et/ou son représentant peuvent résilier le présent contrat en respectant un délai de dix jours. En cas de non-respect des dix jours, l'établissement est en droit de facturer les frais d'hébergement jusqu'à l'expiration du délai de résiliation. Le résident et/ou son représentant doit s'acquitter des éventuelles factures en suspens sur les biens et avoirs du résident.

10.2.2 Résiliation par accord mutuel

L'établissement et le résident et/ou son représentant peuvent, par accord mutuel, mettre fin à la réservation du lit avant l'expiration des délais de résiliation fixés par le présent contrat.

10.2.3 Résiliation par l'établissement pour justes motifs

L'établissement peut résilier le présent contrat pour de justes motifs, moyennant le respect d'un délai de dix jours. Les délais échus, l'établissement informe immédiatement le résident de la rupture du contrat. Celle-ci n'interviendra que lorsqu'une solution sera trouvée au sujet du nouveau lieu de séjour du résident.

Sont notamment considérés comme justes motifs :

- la conduite incompatible avec la vie en collectivité, le non-respect répété des égards dus aux autres résidents et aux collaborateurs de l'établissement ;
- la mise en danger de soi et des autres ;
- le non-paiement fautif et récurrent des montants à sa charge.

10.2.4 Fin du contrat en cas de décès

Le contrat prend fin le jour du décès du résident, sous réserve des dispositions prévues au point 7.3.

11. PLAINTES

11.1 En cas de litige, le résident et/ou son représentant et l'établissement s'engagent à privilégier la communication et la médiation. Ils adoptent une attitude constructive.

11.2 Le résident et/ou son représentant peut s'adresser à la direction de l'établissement ou au comité de direction de l'institution à l'adresse suivante :

- au comité de gestion du home par son Président, Neuve 5, 2314 La Sagne.

Il peut s'adresser également aux organismes représentant les intérêts des assurés ou aux différentes instances de médiation et de plainte, notamment :

- à l'autorité de conciliation en matière de santé, rue du Château 12, 2001 Neuchâtel, tél. 032 889.64.56 ;
- au Service de la Santé publique, rue Pourtalès 2, 2000 Neuchâtel, tél. 032.889.62.00 ;
- auprès des autorités judiciaires ordinaires : Tribunal des Montagnes et du Val-de-Ruz, avenue Léopold-Robert 10, 2300 La Chaux-de-Fonds, tél. 032.889.61.81 ; Tribunal du Val-de-Travers et du Littoral, rue de l'Hôtel-de-Ville 2, 2000 Neuchâtel, tél. 032.889.61.80 et rue Louis-Favre 39, 2017 Boudry, tél. 032.889.61.83.

12. DISPOSITIONS FINALES

- 12.1 Les parties se déclarent d'accord sur les termes du présent contrat et s'engagent à en respecter les dispositions.
- 12.2 Le résident et/ou son représentant reconnaît avoir pris connaissance des documents annexés et en accepte les termes.
- 12.3 Le contrat est signé par l'établissement et par le résident et/ou son représentant.
- 12.4 Par leur signature, le résident et/ou son représentant déclarent faire élection de domicile au lieu de l'institution de résidence, où toute communication pourra être valablement adressée si celle-ci, envoyée par lettre recommandée à la dernière adresse indiquée, était retournée à l'institution.
- 12.5 Tout litige pouvant survenir au sujet de l'interprétation ou de l'application du présent contrat sera tranché exclusivement par les tribunaux neuchâtelois - du domicile du résident ou du siège de l'EMS pour les résidents qui ne sont pas domiciliés dans le canton.

Fait en deux exemplaires originaux, un pour chaque partie.

La Sagne, le

Le résident et/ou son représentant

Home médicalisé Le Foyer

.....
.....

Annexes au contrat de l'établissement :

1. Liste des prix de pension et participation aux frais de soins
2. Liste des prestations individuelles journalières comprises dans le prix de pension (PIJ)
3. Liste des prestations individuelles spécifiques à charge du résident (PIS)
4. Liste des autres prestations supplémentaires à choix (APSAC) à charge du résident
5. Liste des prestations de soins et médico-thérapeutiques (PMST)
6. Informations sur les prestations complémentaires AVS/AI et les aides individuelles
7. Extrait du règlement d'utilisation du dossier résident informatisé
8. Brochure « L'essentiel sur le droit des patients »
9. Modèle de procuration de portée générale
10. Modèle de procuration à des fins d'information de l'octroi d'une allocation pour impotence

ANNEXE 1

Prix de pension et participation aux frais de soins

Prix de pension journalier 2020 (forfaits socio-hôtelières)

Chambre à 1 lit	CHF 170.80
Chambre à 2 lits	CHF 155.80

Participation aux frais de soins du résident selon les degrés de soins définis :

Classe 1	CHF	1.80
Classe 2	CHF	9.00
Classe 3	CHF	16.60
Classe 4	CHF	21.00
Classe 5	CHF	21.60
Classe 6	CHF	22.30
Classe 7-12	CHF	23.00

ANNEXE 2

Prestations individuelles journalières (PIJ) comprises dans le prix de pension

Il s'agit des prestations couvrant les frais d'hébergement et de prise en charge non LAMal (hôtellerie et technique, cuisine, nettoyage, lingerie, animation); par défaut, toutes les dépenses nécessaires à l'hébergement et à la prise en charge non LAMal d'un résident, qui ne sont pas financées explicitement par une autre prestation, sont comprises dans ce prix de pension; cela concerne en particulier :

- Les repas, boissons mises à disposition et collations à l'heure des repas, le service en salle à manger et en chambre ;
- Les régimes alimentaires prescrits par un médecin ;
- La mise à disposition d'un appareil téléphonique, l'abonnement téléphonique et le télé-réseau ;
- La mise à disposition d'une gamme de produits de toilette courants (savon, produit de douche, shampoing, dentifrice, brosse à dents, lames de rasoir, mousse à raser, à l'exclusion des produits cosmétiques) ;
- L'entretien courant du linge (lavage, repassage, pliage, rangement, petits travaux de couture) ;
- Les moyens auxiliaires de base (canne, déambulateur, fauteuil roulant mécanique) ;
- L'animation courante ;
- Les collations lors de sorties organisées par l'institution ;
- Les transports effectués par l'institution dans le cadre d'une sortie organisée ;
- L'assurance responsabilité civile dans le cadre d'un contrat collectif de l'établissement ;
- L'assurance ménage dans le cadre d'un contrat collectif de l'établissement ;
- La toilette et la chambre funéraires (limitées aux prestations de l'établissement).

ANNEXE 3

Prestations individuelles spécifiques (PIS) à charge du résident

Il s'agit des prestations individuelles spécifiques pouvant être facturées à l'acte au résident en sus du prix de pension, comme par exemple :

- La taxe d'entrée de CHF 300.- (une fois par séjour) ;
- Le dépôt de clé ;
- Les frais de port du courrier du résident, aux frais effectifs non majorés ;
- Les communications téléphoniques au prix coûtant non majoré ;
- La ligne internet au prix coûtant non majoré ;
- La location du téléviseur en chambre au prix coûtant non majoré ;
- Le lavage, le repassage et l'entretien des vêtements lors de l'entrée du résident dans l'établissement à hauteur maximale de CHF 100.- ;
- Les retouches importantes, maximum CHF 20.- par vêtement ;
- Le marquage des habits à hauteur maximale de CHF 80.-, prix des étiquettes en sus ;
- Les spectacles à l'extérieur (concert, cirque, etc.), au prix coûtant non majoré ;
- Les repas de midi ou du soir lors de sorties, participation maximale de CHF 10.- par sortie ;
- Les vacances, participation maximale de CHF 50.- par jour ;
- Les trajets à but médical ou non, avec ou sans accompagnant. Les transports à but médical peuvent être remboursés pour les bénéficiaires de prestations complémentaires. La taxe de prise est de CHF 20.- + CHF 1.50 par km chauffeur compris. Cas échéant, l'accompagnant est facturé CHF 35.- par heure.

Les prestations sont facturées au prix coûtant sans majoration ou au prix fixé par arrêté du Conseil d'Etat chaque année.

ANNEXE 4

Prestations supplémentaires à choix (APSAC) à charge du résident

- Les frais de déménagement du domicile à l'institution à hauteur des frais effectifs sans majoration ;
- Les boissons achetées en cafétéria ou fournies en chambre, aux distributeurs de boissons et les snacks ;
- Les repas des visites sont encaissés directement ou refacturés au résident ;
- Les articles de toilette demandés spécifiquement par le résident et autres que les produits courants utilisés dans l'institution ;
- Les piles électriques, y compris celles pour les appareils auditifs ;
- Les frais de pédicure (soins de beauté et d'hygiène) ;
- Les frais de coiffeuse et d'esthéticienne ;
- Les frais de lavage chimique, l'achat de vêtement et de chaussures ;
- La réparation d'objets personnels ;
- Les journaux ou abonnements souscrits par le résident ;
- Les frais de téléphone mobile (abonnement et communications) ;
- Les cotisations aux assurances privées (véhicules, etc.) ;
- Les achats effectués à la demande du résident ou de son représentant ;
- L'entretien de l'animal domestique du résident ;
- Les transports utilitaires sont facturés à CHF 1.50/km (y compris le chauffeur) + CHF 20.- de taxe de prise en charge. Cas échéant, les frais d'accompagnement s'élèvent à CHF 35.-/heure ;
- Les frais de garde-meubles après la libération de la chambre à hauteur des frais effectifs sans majoration.

Remarque : Depuis le 1.1.2019, tout résident en EMS est exempté de la redevance de radio-télévision SERAFE (anciennement redevance BILLAG) dans la mesure où un EMS entre dans la catégorie des ménages collectifs. Pour être effective, l'exemption doit faire l'objet d'une information transmise par le résident ou son répondant à l'organe de recouvrement SERAFE, indiquant que le résident vit en EMS et transmettant une attestation dans ce sens établie par l'institution.

ANNEXE 5

Prestations de soins et médico-thérapeutiques (PSMT)

Prestations de soins

Les degrés de soins sont définis par les outils PLEX (**PLAISIR® EXpress**) et PLAISIR® (**Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis**).

Le résident autorise l'institution à évaluer son degré de dépendance, selon les outils PLEX et PLAISIR susmentionnés, avec sa collaboration et celle de l'évaluateur désigné.

En outre, le résident autorise également le médecin-conseil de sa caisse-maladie à consulter son dossier de soins si nécessaire et dans le plein respect des dispositions légales sur la protection des données.

Son accord lui sera expressément demandé lors de chaque demande de consultation.

La participation de l'Etat pour la part résiduelle du coût des soins est définie annuellement par arrêté cantonal.

Prestations médico-thérapeutiques

Médecin et thérapeutes

Les frais médico-thérapeutiques et hospitaliers ambulatoires sont facturés directement au résident (ou à son représentant) qui se fera rembourser par son assureur-maladie.

Médicaments

Les médicaments reconnus dans l'assurance de base LAMal sont facturés directement à la caisse-maladie. Dans la mesure du possible, selon les directives et les accords avec les assureurs-maladie, le choix du médicament prescrit sera effectué et, pour autant qu'il en existe un, sur un générique du médicament original.

Si un médicament hors liste doit être administré ou choisi par convenance personnelle, la facture sera envoyée au résident ou à son représentant administratif pour règlement. Cas échéant, un remboursement pourra être demandé auprès d'une assurance complémentaire.

Matériel de soins

La prise en charge obligatoire des moyens et appareils par l'assurance-maladie sociale se fonde sur la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal). Des précisions en la matière se trouvent dans l'ordonnance du Conseil fédéral du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), complétée par les dispositions de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS).

Compte tenu de l'arrêt du Tribunal administratif fédéral du 1.9.2017 et de l'arrêt du Conseil d'Etat du 19.12.2018, les produits de la Liste des moyens auxiliaires (LiMA) sont à la charge de l'institution et remboursés dans le cadre du financement résiduel cantonal de manière forfaitaire ou à l'acte (pour les groupes 14, 23, 24 et 29 LiMA).

La liste des moyens et appareils (LiMA) est disponible sur le lien ci-dessous :

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Mittel-und-Gegenstaendeliste.html>

Dentiste

Les frais dentaires sont à la charge du résident. En cas de traitements conséquents (+ de CHF 500.-), l'institution fait établir par un médecin dentiste diplômé un devis, qui sera soumis au résident ou à son représentant.

Les bénéficiaires de prestations complémentaires peuvent, sur présentation d'un devis, solliciter une prise en charge de tous les frais dentaires. Les contrôles réguliers, les détartrages et les situations d'urgence sont remboursés sans accord préalable.

Pédicure

Les soins de pédicure sont considérés comme thérapeutiques dès qu'il y a une prescription médicale.

Les soins de pédicure aux personnes diabétiques dispensés par des pédicures, podologues ou infirmières en diabétologie font partie des prestations au sens de l'article 7 lettre b de l'OPAS.

Les soins de pédicure prescrits par un médecin peuvent être pris en charge par les prestations complémentaires (voir annexe 6) ou une assurance complémentaire aux conditions suivantes :

Payeur	Prestataire	Bénéficiaire prestations complémentaires	Bénéficiaire allocation impotence	Fortune inférieure à 37'500.- (seul) ou 60'000.- (couple)	Remarques
CCNC	Pédicure/ podologue externe	oui	oui	oui	Article 22 règlement de remboursement de frais de maladie (RFMPC)
Assurance complémentaire	Pédicure/ podologue reconnus par l'assureur				Uniquement les personnes diabétiques

Quote-part et franchise

Pour la part non-remboursée des frais, à savoir la franchise minimum de CHF 300.- et la quote-part de 10%, au maximum CHF 700.- par année, les assureurs-maladie établissent des décomptes à l'égard de leurs assurés. Ces sommes sont remboursables par les prestations complémentaires pour les ayants droit (voir annexe prestations complémentaires).

Transports à but médical

Les transports à but médical sont facturés à CHF 1.50/km (y compris le chauffeur) + CHF 20.- de taxe de prise en charge + CHF 35.-/heure pour les frais d'accompagnement, cas échéant. Les transports en ambulance ne sont pas financés par l'institution. Les résidents ou leur représentant peuvent présenter ces factures à leur assureur maladie, qui doit en assumer au minimum le 50 %. Les transports à but médical peuvent être remboursés pour les bénéficiaires de prestations complémentaires.

ANNEXE 6

Informations sur les prestations complémentaires AVS/AI et aides individuelles

Pour les résidents qui ne peuvent supporter la charge du prix de pension et/ou la charge de la part aux frais de soins, des demandes de prestations doivent être introduites auprès de l'Agence régionale AVS pour obtenir :

1. les prestations complémentaires de l'AVS/AI, calculées sur la taxe d'hébergement unique et fixées annuellement par le Conseil d'Etat pour les résidents des EMS
2. les aides individuelles, calculées sur le prix de pension de l'institution, fixé annuellement par le Conseil d'Etat

1. Prestations complémentaires AVS/AI

- **Pour les personnes qui ne bénéficient pas déjà de prestations complémentaires**, une demande doit être faite auprès de l'agence régionale AVS dont dépend leur commune de domicile. La demande de prestations doit impérativement être déposée **dans les six mois à compter de l'entrée définitive du résident dans l'institution**.
- **Pour les personnes qui bénéficient déjà de l'aide des prestations complémentaires**, le prix de pension du résident doit être communiqué à l'agence régionale AVS dont dépend sa commune de domicile pour l'établissement d'une nouvelle décision. Une attestation du prix de pension est délivrée par l'institution à l'entrée du résident. **Le délai d'annonce à l'agence régionale AVS de six mois est également à respecter**.
- En cours de séjour, **il est obligatoire de signaler à la même agence régionale AVS tout changement** pouvant intervenir sur les retraites professionnelles, l'état de fortune, voire les rentes AVS (du fait du décès du conjoint par exemple).
- Le résident qui fait appel aux prestations complémentaires de l'AVS, doit **adapter son assurance-maladie** aux normes de la convention négociée avec santésuisse, en assurant la franchise minimum (CHF 300.-/année).
- Dans le calcul des prestations complémentaires, un montant fixé par le Conseil d'Etat, pour l'année 2020 de **CHF 250.-, est laissé à disposition du résident pour ses dépenses personnelles**.
- Le Service cantonal de l'assurance-maladie octroie **un subside pour le paiement des primes d'assurance-maladie aux bénéficiaires des PC**. Le montant maximum du subside est défini chaque année et correspond à la prime moyenne cantonale fixée par la Confédération. **Pour 2020, il s'élève à CHF 541.- par mois**.
- Une participation aux frais suivants peut être demandée pour les bénéficiaires de prestations complémentaires. Les demandes doivent être déposées auprès de l'agence régionale AVS dont dépend leur commune de domicile. Cette agence rembourse ces frais sur présentation des factures et décomptes originaux dans le cadre des dépenses relevant du remboursement des frais médicaux :
 - Les **cotisations de l'assurance-maladie** de base à hauteur maximale de la prime moyenne cantonale fixée par la Confédération ainsi que la franchise et les quotes-parts LAMal, sur présentation des factures et décomptes originaux.
 - Pour les **transports médicaux**, la facture ou la facture partielle peut être envoyée à l'agence régionale AVS pour la prise en charge de ces frais après refus complet ou partiel de la caisse maladie du résident.

- Les **transports en ambulance** sont pris en charge à hauteur de 50% par l'assureur maladie du résident. Le décompte original de la caisse-maladie peut être envoyé à l'agence régionale AVS pour la prise en charge du solde.
- Les **frais dentaires** peuvent être pris en charge moyennant la présentation d'un devis pour les traitements conséquents. Les contrôles réguliers, les détartrages et les situations d'urgence sont remboursés sans accord préalable.
- Les frais de lunettes à verres médicaux prescrits par un médecin, **suite à une intervention de la cataracte**.
- Pour le résident au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave, **la facture de la pédicure** avec prescription médicale peut être envoyée à l'agence régionale AVS pour remboursement pour autant que la fortune ne soit pas supérieure à CHF 37'500.- pour une personne seule et à CHF 60'000.- pour un couple.
- Les moyens auxiliaires financés par l'AVS/PC (**chaussures orthopédiques, épithèses faciales, perruques, appareils orthophoniques, lunettes-loupes**).

A noter que depuis le 1.1.2019, il n'est plus nécessaire que le résident soit au bénéfice des prestations complémentaires pour pouvoir **être exonéré de la redevance radio-télévision** SERAFE (anciennement redevance BILLAG), dans la mesure où le seul fait de résider en ménage collectif suffit à l'exonération ; à cet effet, une attestation indiquant que le résident vit en EMS est établie par l'institution (voir annexe 4 ci-dessus).

2. Aides individuelles

Si nécessaire et pour compléter les prestations complémentaires, la caisse cantonale de compensation détermine des aides individuelles en fonction du prix de pension de l'institution. Ces aides sont versées directement à l'établissement et entraînent une adaptation du prix de pension facturé.

ANNEXE 7

Extrait du règlement d'utilisation du dossier résident informatisé

(Règlement complet consultable sur demande)

Lorsqu'il est fait mention du résident, il doit être tenu compte de la capacité de discernement de ce dernier, le cas échéant les droits du résident sont reportés à son représentant légal (curateur,...) ou à toute personne à laquelle le résident a donné procuration.

5.6 Personne concernée par le traitement de données

La personne concernée est la personne physique ou morale au sujet de laquelle des données sont traitées (art. 14 let. E CPDT-JUNE). Le résident correspond donc à cette définition.

5.8 Traitement de données

Le traitement de données est toute opération relative à des données – quels que soient les moyens et les procédés utilisés – notamment la collecte, la conservation, l'exploitation, la modification, la communication, l'archivage ou la destruction de données (art. 14 let. g CPDT-JUNE).

5.9 Utilisateur de données

L'utilisateur de données est celui qui consulte des données exploitées par un tiers ou celui auquel des données sont régulièrement communiquées par un exploitant. Toutes les fonctions décrites au point 8.2 ci-après correspondent à cette définition.

6.1 Droits du résident

Le résident décide seul du traitement des données le concernant à moins qu'une loi oblige à la collecte et à la transmission de données. Le résident doit être préalablement informé de tout traitement de données le concernant. Il donne son accord à ce propos. De manière concrète, le résident est informé au travers du contrat d'hébergement et sa signature dudit contrat correspond à une information générale sur le traitement des données le concernant.

Un soignant ne peut avoir accès aux données relatives à un épisode précédent de soins qu'avec le consentement du résident. Généralement, ce consentement est reconnu tacitement par la signature du contrat d'hébergement. Toutefois, au cas par cas, le résident peut exiger que certaines pièces de son dossier fassent l'objet d'un accès plus limité.

Il appartient au résident de décider à tout moment de l'accès à ses données.

6.2 Devoirs des institutions

Des mesures de sécurité nécessaires à la protection des données doivent être prises par les institutions, notamment :

- éviter que des données inutiles soient récoltées ;
- identifier les personnes ou des services auxquels les données sont fournies, même en cas de connexion automatique (traçabilité) ;
- éviter toute erreur dans la transmission des informations ;
- empêcher l'accès aux locaux et aux dossiers par des personnes non autorisées ;
- empêcher la consultation illicite des données ;
- interdire la manipulation des installations sans droit ;
- définir les mesures à prendre en cas d'abus avéré ;
- archiver/supprimer les données devenues inutiles.

6.3 Accès du résident

A condition de prouver son identité, chacun a le droit de connaître les données que les autorités traitent et qui le concernent. Aussi, le résident doit pouvoir, à tout moment, bénéficier d'un accès à

ses propres données et se les faire expliquer si besoin est. De même, il doit pouvoir demander la correction des données erronées ou la suppression de certaines, lorsque cela est justifié. Il est alors indispensable de définir un processus permettant de donner rapidement suite à des demandes de consultations de dossiers médicaux et respectueux de la protection des données.

6.4 Accès des proches du résident

De manière générale, seul le résident capable de discernement peut autoriser une communication de ses données à des tiers, qu'ils fassent partie de sa famille, de son entourage ou non. En effet, c'est uniquement en l'absence de discernement du résident que le médecin donnera accès aux informations issues de son dossier médical au représentant légal, à la personne préalablement désignée par le résident (représentant thérapeutique) ou ses proches s'il est nécessaire de demander l'accord d'agir médicalement.

Le représentant légal d'un résident sous curatelle n'a pas accès au dossier du résident capable de discernement, sauf si ce dernier autorise expressément cette consultation. Dans tous les cas, lorsque le représentant légal doit donner son accord au traitement d'un résident incapable de discernement, il a le droit d'obtenir les renseignements nécessaires à sa prise de décision.

Après le décès du résident, son dossier médical n'est en principe pas accessible à des tiers. La consultation des données d'une personne décédée est accordée, sur demande du médecin ayant pris en charge le résident ou du directeur médical, par l'autorité compétente pour délier le personnel soignant du secret professionnel auquel il est soumis lorsque le requérant justifie un intérêt à la consultation et qu'aucun intérêt prépondérant de proches de la personne décédée ou de tiers ne s'y oppose.

Bases légales :

Les principaux textes légaux régissant l'accès au dossier des résidents sont les suivants :

- Convention intercantonale relative à la protection des données et à la transparence dans les cantons du Jura et de Neuchâtel (CPDT-JUNE, RSN 150.30)
- Loi cantonale de santé (LS), du 6 février 1995 (RSN 800.1)
- Règlement provisoire d'exécution de la loi de santé, du 31 janvier 1996 (RSN 800.100)
- Loi sur l'assurance-maladie (LAMal), du 18 mars 1994 (RS 832.10)
- Loi sur l'assurance-accidents (LAA), du 20 mars 1981 (RS 832.20)
- Code pénal suisse (CP), du 21 décembre 1937 (RS 311.0)

ANNEXE 8

Remise de la brochure « L'Essentiel sur les droits des patients »

ANNEXE 9

Procuration pour la gestion administrative

Je soussigné(e)

Né(e) le

Numéro AVS

Domicilié(e) à

.....

.....

Hébergé(e) à

.....

désigne par la présente

Madame / Monsieur

Domicilié(e) à

.....

.....

comme mon mandataire aux fins de gérer mes affaires courantes, à savoir :

- la gestion, le contrôle et le règlement des frais courants, notamment des factures de pension de l'établissement sur mes biens propres ;
- les démarches administratives liées au versement de prestations sociales et leur encaissement ;
- la gestion de mes montants pour dépenses personnelles ;
- les relations et les démarches administratives avec l'assureur maladie.

Je soussigné(e) reconnais par la présente que les actes et affaires juridiques conclus en vertu de la présente procuration par le mandataire me lient valablement en tout temps. Je suis par ailleurs informé(e) que je peux révoquer en tout temps cette procuration.

Fait à (date & Lieu) :

Signature :

ANNEXE 10

Procuration à des fins d'information de l'octroi d'une allocation pour impotence

Identité du résident

Nom, Prénom

Né(e) le

Numéro AVS

Hébergé(e) à

.....

Par la présente, la personne assurée ou son représentant légal autorise les instances compétentes (Office AI, Caisse de compensation) à transmettre une copie de la décision (communication) concernant la demande d'allocation d'impotence à l'EMS Le Foyer, Neuve 5, 2314 La Sagne.

Prénom et nom du résident

Prénom et nom du représentant

.....

.....

Signature

Signature

.....

.....

Etabli en trois exemplaires originaux, un pour l'Office AI, un pour la Caisse de compensation et un pour l'institution.

Lieu et date