

CONTRAT D'HEBERGEMENT

Lits longs séjours médicalisés

Le présent contrat est conclu entre le Foyer St-Joseph et le/la résident/e :

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Dernière adresse : _____

Date d'admission : _____

Représenté/e **au niveau administratif** par :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Qui agit en qualité de représentant/e administratif/ve

- Bénéficiaire d'une procuration signée par le résident en date du _____ (annexe 1)
- Curateur/trice (copie de l'acte de nomination)
- Mandataire pour cause d'incapacité (copie du mandat et acte de validation)

Représenté/e **au niveau thérapeutique** par :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Qui agit en qualité de représentant/e thérapeutique

- Membre de la famille et/ou une personne faisant ménage commun
- Bénéficiaire d'une procuration signée par le/la résident/e en date du _____ (annexe 2)
- Curateur/trice (copie de l'acte de nomination)
- Mandataire pour cause d'incapacité (copie du mandat et acte de validation si incapacité de discernement)

Si une des personnes désignées n'est pas en mesure de remplir son mandat, elle est remplacée par la personne de substitution désignée par le/la résident e respectivement par la loi (cf art. 378 du Code civil)

1. But du contrat

Ce contrat définit les prestations de l'établissement, les conditions financières ainsi que les droits et obligations de la personne qui y réside.

2. DUREE ET DEBUT DU CONTRAT

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

3. PRESTATIONS FOURNIES PAR L'INSTITUTION

3.1 Prestations socio-hôtelières

Les prestations socio-hôtelières comprennent :

- La mise à disposition d'une chambre individuelle/double à 1 lit, comprenant le mobilier suivant : 1 lit de soin électrique, 1 table de nuit, 1 lampe de nuit, un téléphone, 1 table, 2 chaises, des armoires encastrées, 1 meuble TV avec la télévision, 1 fauteuil.
- Les repas, à savoir petit-déjeuner, repas de midi et du soir avec boissons ainsi que les collations
- Le service hôtelier incluant le service à table, le linge lavable en machine, le ménage et le service technique.
- La libre utilisation des locaux communs et de loisirs.
- La libre participation aux activités d'animation.

D'éventuels défauts dans la chambre doivent être signalés dans un délai de 10 jours.

3.2 Prestations ordinaires supplémentaires

Ne sont pas comprises dans les prestations socio-hôtelières, les prestations ordinaires supplémentaires non prévues par la loi sur les prestations médico-sociales (LPMS) ou son règlement d'application (RPMS).

A titre indicatif, les suppléments ci-dessous sont les plus fréquents :

- Transports personnels effectués pour le/la résident/e par l'institution ou par une société mandatée par l'institution
- Taxi
- Coiffeuse
- Manucure, pédicure pour des raisons esthétiques
- Nettoyage à sec des vêtements personnels, travaux de couture
- Consommations à la cafétéria
- Participation aux frais de sorties et vacances
- Communications téléphoniques personnelles payantes
- Articles de cosmétique et d'hygiène (*annexe 5*)
- Argent de poche
- Frais résultant de dégâts causés par le/la résident/e (exemples : dégâts au bâtiment, mobilier abîmé).

3.3 Prestations d'accompagnement

Les prestations d'accompagnement sont les prestations participant au maintien et au développement des capacités physiques, psychiques, spirituelles et sociales de la personne.

3.4 Prestations médicales et de soins

3.4.1 Prestations du/de la médecin traitant/e

Le la résident/e garde le libre choix de son médecin.

Le/la médecin répondant/e de l'institution devient en principe le/la médecin traitant/e du/de la résident/e, sous réserve d'un choix différent de ce/cette dernier/ère.

Lorsque le/la résident/e choisit de garder son/ sa propre médecin comme médecin traitant/e, l'organisation du transport, si les visites ne sont pas effectuées dans l'institution, incombe au/à la résident/e.

Le mandat de soins conféré au/à la médecin traitant/e, d'entente avec l'institution, le/la rend responsable du choix du traitement ainsi que des médicaments à prescrire.

Le la résident/e est rendu/e attentif/ve qu'il incombe au médecin de le/la renseigner notamment sur le coût du traitement et sur la couverture des frais par l'assurance-maladie. En particulier, il/elle informe le/la résident/e que les médicaments non à charge de l'assureur-maladie ne sont pas remboursés par la participation étatique.

Dans le cadre de ses compétences et sur ordre du/de la médecin traitant/e, le personnel soignant de l'établissement dispense au/à la résident/e les soins requis par son état ; au besoin, l'institution fait appel à du personnel spécialisé externe.

En cas d'urgence, l'institution prend, en collaboration avec le/la médecin traitant/e, toutes les dispositions nécessaires en fonction de l'état de santé du/de la résident/e, selon ses directives anticipées. Sans instruction contraire de la part du/de la résident/e, la famille et le/la représentant/e thérapeutique sont avertis aussitôt que possible.

3.4.2 Prestations du/de la pharmacien/ne répondant/e

Le/la pharmacien/ne répondant/e de l'institution devient le dépositaire du dossier pharmaceutique du/de la résident/e, sous réserve d'un choix différent de ce/cette/dernier/ère. Dans le cadre de sa fonction, il/elle a accès au dossier médical du/de la résident/e.

3.4.3 Prestations des soins infirmiers

L'évaluation du niveau de soins intervient dans le mois qui suit l'admission du résident. La méthode d'évaluation est celle décrite dans l'Ordonnance sur les besoins en soins et en accompagnement du 3 décembre 2013.

L'évaluation est effectuée par un/e infirmier/ère diplômé/e de l'établissement, sous la responsabilité de l'infirmier/ère chef/fe. Elle est confirmée et contresignée par le/la médecin traitant/e. Le niveau de soins déterminé par l'outil d'évaluation tient lieu de prescription ou de mandat médical.

L'évaluation détaillée fait l'objet d'une décision écrite de l'établissement qui indique que celle-ci peut être attaquée par voie de recours à la commission d'experts, dans les trente jours dès sa réception. Le droit de recours est ouvert à toute personne qui peut prouver un intérêt à ce que la décision soit modifiée, à condition qu'aucune autre procédure ne puisse être engagée, notamment devant un tribunal arbitral.

L'évaluation du niveau de soins est faite pour une durée identique à celle prévue par la législation sur l'assurance-maladie. Elle est modifiée lorsque l'état de santé du/de la résident/e s'améliore ou s'aggrave durablement et sensiblement. Une information orale du changement du niveau de soins au/à la résident/e précède la décision écrite.

Les directives anticipées (*modèle annexe 3*) permettent de préciser la limite des soins souhaités par le/la résident/e. Elles sont discutées avec le personnel soignant référant du/de la résident/e dans le cadre de son entrée en institution et réévaluées selon les besoins.

3.4.4 Prestations de soins intégrés

Les prestations en lien avec la qualité et la coordination des différents prestataires ne sont pas facturées aux résidents.

3.4.5 Prestations de tiers

Sont prises en charge en dehors du forfait des soins par l'assurance-maladie et facturées directement par le prestataire, les prestations de tiers, telles que :

- Médicaments selon les modalités de remboursement en vigueur
- Moyens et appareils selon la liste LiMA
- Honoraires du/de la médecin traitant/e ou de spécialistes
- Honoraires de physiothérapeute ou ergothérapeute
- Frais de laboratoires et d'exams
- Frais de radiologie

En cas de décès ou de changement de traitement, le solde des médicaments est rétrocédé à la pharmacie répondante. Les moyens et appareils selon la liste LiMA sont gérés par l'institution.

4. CONDITIONS FINANCIERES

4.1 Nature des coûts

L'hébergement en établissement médico-social comprend :

- **Les frais de pension** servant à couvrir les équipements ainsi que les frais socio-hôtelières et administratifs de l'établissement. Le prix de pension est entièrement à la charge du/de la résident/e.
- **Les frais liés aux prestations ordinaires supplémentaires** (cf. point III. 2). Ces prestations ne sont pas comprises dans les prestations socio-hôtelières et sont facturées au/à la résident/e séparément.
- **Les frais des soins** (dont la charge est déterminée par la méthode d'évaluation des soins requis sur prescription médicale ou sur mandat médical. Le prix des soins, y compris le petit matériel est pris en charge par les assureurs-maladie, les pouvoirs publics et le/la résident/e.
- **Les frais d'accompagnement**, à savoir les frais relatifs aux actes qui contribuent au maintien et au développement des capacités physiques, psychiques, spirituelles et sociales du/de la résident/e, dans la mesure où ces actes ne sont pas reconnus comme soins au sens de la LAMal et de l'OPAS. Le prix de l'accompagnement, fixé par la Direction de la santé et des affaires sociales, est entièrement à la charge du/de la résident/e.
- **Les frais d'investissements des immeubles et les frais financiers** sont à la charge des communes. Pour les résidents qui proviennent d'un autre canton, une garantie cantonale ou de la dernière commune de domicile avant l'entrée en institution est exigée.

4.2 Tarifs applicables

4.2.1 Jours de présence

L'Etat fixe le tarif des frais des soins, la part du/de la résident/e à ces coûts ainsi que le prix d'accompagnement applicable au présent contrat. Les tarifs de l'institution (*annexe 4*) font l'objet d'une nouvelle décision du Conseil d'Etat et de la Direction de la santé et des affaires sociales au début de chaque année civile. L'institution s'engage à communiquer avant la fin du mois de janvier les tarifs applicables pour la nouvelle année.

4.2.2 Jours d'absence

L'institution accorde une réduction de Fr. 15.- par jour (24 heures) sur le prix de pension en cas d'absence (y compris hospitalisation). Les journées de départ et de retour sont comptées comme journées de présence.

Les soins et l'accompagnement ne sont pas facturés pour les jours d'absence.

4.3 Financement

Le prix de pension, les prestations ordinaires supplémentaires et le prix de l'accompagnement sont financés par les ressources propres du/de la résident/e.

4.3.1 Prestations complémentaires

L'Etablissement cantonal des assurances sociales (ECAS) verse des prestations complémentaires aux résidents qui ne disposent pas de moyens financiers suffisants pour s'acquitter du prix de pension, du coût de l'accompagnement ou de la part des frais de soins à charge du résident.

Le dépôt d'une demande d'octroi de prestations complémentaires incombe au/à la résident/e. L'institution soutient le/la résident/e dans les démarches en lien avec la demande qui l'autorise à transmettre à l'ECAS le coût net de la journée (prix de pension, coûts de l'accompagnement et des soins à charge du/de la résident/e.

4.3.2 Subvention aux frais d'accompagnement

L'ECAS accorde une subvention aux frais d'accompagnement aux résidents. Cette somme est versée lorsque les ressources de l'ayant droit, y compris la part de fortune et les éventuelles prestations complémentaires ne suffisent pas à couvrir les dépenses reconnues par la loi. Cette subvention correspond au découvert journalier ainsi calculé.

La demande de prestations complémentaires auprès de l'ECAS fait office de demande de participation pour la subvention aux frais d'accompagnement. Elle peut également être déposée sans que la personne ait droit aux prestations complémentaires. L'institution soutient le/la résident/e dans les démarches en lien avec la demande.

La participation est versée directement à l'institution. Elle est portée en déduction du prix global que l'institution facture au/à la résident/e.

4.3.3 Allocation pour impotent AVS-AI

L'allocation pour impotent/e, accordée conformément à la législation fédérale sur l'AVS-AI, reste acquise aux résidents qui en disposent pour s'acquitter du prix de pension et du coût de l'accompagnement à leur charge. L'institution soutient le/la résident/e dans les démarches en lien avec la demande.

4.3.4 Assurance-maladie

La contribution des assureurs-maladie au coût des soins est fixée au niveau national.

Les médicaments prescrits sur ordonnance médicale sont facturés par la pharmacie directement à l'assureur-maladie du/de la résident/e. Les médicaments prescrits par un/e médecin qui ne sont pas financés par la caisse-maladie sont payés par le/la résident/e.

Les moyens et appareils LiMA prescrits sur ordonnance médicale sont facturés par le prestataire directement à l'assureur-maladie du/de la résident/e. Des montants maximaux de remboursement (MMR) à prendre en charge par les caisses-maladie sont fixés dans une liste tenue à jour par l'office fédéral de la santé publique (OFSP). Les coûts dépassant ces montants sont à la charge du/de la résident/e.

La franchise (minimum Fr. 300.00/an) et la quote-part (maximum Fr. 700.00/an) choisies par le/la résident/e dans son contrat d'assurance maladie sont à sa charge. Pour les personnes au bénéfice de prestations complémentaires à l'AVS, elles peuvent être récupérées auprès de l'Etablissement cantonal des assurances sociales sur présentation des décomptes de l'assureur maladie.

4.4 Facturation et paiement

Les frais d'hébergement du/de la résident/e font l'objet d'une facture mensuelle détaillée, précisant les montant suivants :

1. Prix de pension
2. Coût de l'accompagnement
3. Coût total des soins
4. Participation de l'assurance-maladie au coût des soins
5. Participation du résident au coût résiduel des soins
6. Participation des pouvoirs publics au coût restant des soins
7. Participation des pouvoirs publics aux frais d'accompagnement
8. Prestations supplémentaires détaillées.

Le montant de la facture est payable dans un délai de 30 jours et porte intérêts à 5 % l'an dès son échéance. Cet intérêt n'est pas dû si le/la résident/e est en attente de prestations d'aide individuelle issues des régimes sociaux. Durant cette attente, le/la résident/e s'engage, dans la mesure de ses moyens, à régler la facture de l'établissement.

Si le/la résident/e a besoin d'une aide financière individuelle, il/elle s'engage, dès l'admission dans l'institution, à requérir les prestations des pouvoirs publics, si nécessaire avec l'aide et les conseils de l'institution.

Le/la résident/e qui reçoit une aide des prestations complémentaires versée en début de mois est tenu/e de l'utiliser pour le paiement de la facture du mois en cours.

Si une demande de versement de prestations AVS/AI/PC en mains de tiers a été signée par le/la résident/e de son vivant, le versement d'un éventuel rétroactif (rente AVS/AI/PC), même si la succession a été répudiée, pourra être demandé par l'institution, suite au décès du/de la résident/e. La demande est adressée à l'ECAS avec la copie de la cession et les montants revendiqués, si ce rétroactif n'a pas encore été versé.

4.5 Dépôt

Avant l'entrée d'un/e résident/ un dépôt peut être demandé par l'institution. Ce dépôt est mentionné comme fonds de tiers sur un compte à part dans la comptabilité de l'institution.

Le dépôt est restitué à l'expiration du contrat, sous déduction des montants dûment prouvés dus à l'établissement.

5. Droits et obligations

5.1 Résidents

Les dispositions légales et notamment la loi sur la santé du canton de Fribourg du 16 novembre 1999 sont applicables en matière de droits et d'obligations des résidents.

Des précisions quant aux droits et obligations des résidents et à la prévention de la maltraitance figurent dans le document « Droit et protection des résidents » (*annexe 6*).

Le/la résident/e a pris acte du règlement de maison de l'établissement (*annexe 7*).

Le/la résident/e a l'obligation d'être assuré/e en matière de responsabilité civile. Une assurance ménage n'est pas obligatoire mais recommandée si le/la résident/e possède des biens de valeur en chambre.

Le/la résident/e s'engage à fournir à l'institution toutes les informations utiles et objectives sur son état de santé.

5.2 Institution

5.2.1 Organisation de la vie quotidienne

Dans la mesure du possible, l'institution s'engage à respecter les aspirations et les activités religieuses, sociales et civiques du/de la résident/e. Elle favorise la participation de la famille et des proches.

L'institution considère que la chambre du/de la résident/e est un espace privé.

5.2.2 Absences

Durant l'hospitalisation, l'institution s'engage à garder la chambre inoccupée pendant 30 jours.

5.2.3 Devoir d'information

Lors de la signature du contrat, l'institution informe le/la résident/e des éléments suivants :

- La possibilité de demander les prestations complémentaires AVS/AI et la participation des pouvoirs publics aux frais d'accompagnement, dès l'entrée en institution
- L'obligation d'affecter les prestations complémentaires AVS/AI et les autres rentes au paiement de la facture du mois en cours
- De la possibilité de déposer une demande d'allocation pour impotents.
- Du contenu des annexes du présent contrat

Les éléments concernant la protection des données sont formulés dans l'*annexe 8* au présent contrat.

5.2.4 Prise en charge garantissant la sécurité et protection des données

L'institution s'engage à respecter la protection des données personnelles du/de la résident/e. afin de lui garantir une prise en charge sécurisée, elle a cependant le droit d'utiliser ces données sous les formes suivantes :

- Dossier de soins informatisé permettant la prise en charge médicale et en soins accessible au/à la médecin répondant/e, personnel soignant et pharmacien/ne répondant/e de l'institution
- Logiciel permettant la transmission d'éléments liés à la facturation sous forme informatisée au/à la représentant/e administratif/ve, assureurs maladie (LaMal) et aux pouvoirs publics pour le versement des subventions liées au séjour
- Informations sur la date d'entrée et sortie, l'identité et le niveau RAI transmis au Service de la prévoyance sociale, à l'établissement cantonal des assurances sociales et aux assureurs maladie pour permettre la participation des pouvoirs publics aux coûts engendrés par le séjour
- Données personnelles et médicales transmises à des tiers (exemple : hôpital, spécialistes, médecins, physiothérapeute, etc...) pour la prise en charge nécessaire du/de la résident/e dans le cadre des soins intégrés
- Affichage des données d'identification du/de la résident/e sur les semainiers et les autres supports nécessaires à sa prise en charge médicale
- Liste des résidents/es destinée aux collaborateurs/trices et correspondance nécessaire à l'accompagnement du/de la résident/e sur son lieu de vie.

6. Fin de contrat

6.1 Décès

Le contrat s'éteint par le décès du/de la résident/e.

6.2 Résiliation

Le/la résident/e peut résilier le contrat, moyennant le respect d'un délai de 30 jours.

L'établissement peut résilier le contrat pour justes motifs, moyennant le respect de la continuité des soins et un délai de 30 jours au minimum. Sont considérés comme justes motifs, après avertissement préalable avec menace de résiliation, notamment le non-paiement des montants dus, la violation répétée des égards et/ou le trouble répété à l'encontre d'autres résidents/es ou de collaborateurs/trices de l'établissement ainsi que tout acte de violence. Le juste motif peut être induit par le/la résident/e ou ses proches. Est également

considéré comme juste motif le changement notable de l'état de santé du/de la résident/e, qui ne serait plus en adéquation avec la mission et l'équipement de l'institution

6.3 Modalités

Si, sans juste motif, la chambre n'est pas libérée lorsque le contrat prend fin, dans le délai convenu de 3 jours, le prix de pension est perçu, déduction faite de Fr. 15.00 par jour pour les repas.

7. FOR ET DROIT APPLICABLE

Le tribunal du siège de l'institution est compétent pour statuer sur tous litiges résultant de l'interprétation ou de l'application du présent contrat, le droit suisse étant applicable.

Le/la résident/e déclare avoir pris connaissance du présent contrat et de ses annexes :

Le/la résident/e :

Le/la représentant/e administratif/ve :

Pour l'institution le foyer St-Joseph :

Lieu et date : , le

Font partie intégrante du présent contrat :

- Annexe 1 : Procuration pour représentation administrative (modèle AFISA)
- Annexe 2 : Procuration pour représentation thérapeutique (modèle AFISA)
- Annexe 3 : Directives anticipées
- Annexe 4 : Informations financières
- Annexe 5 : Liste des articles de cosmétique et d'hygiène
- Annexe 6 : Droits et protection des résidents
- Annexe 7 : Présentation du foyer
- Annexe 8 : Information concernant la protection des données