

## LISTE DES TARIFS ET PRESTATIONS ANNEXES

### TARIFS JOURNALIERS 2014 AFFERENTS A L'HEBERGEMENT

**Chambre double** : 69.00 € TTC

**Chambre individuelle** (cocher la case correspondante)

Gamme 1 : 69.00 € TTC

Gamme 2 : 76.00 € TTC

21-23m<sup>2</sup>

25-28m<sup>2</sup> + Climatisation + Vue colline / dégagée

Gamme 3 : 86.00 € TTC

Suite : 90.00 € TTC

Petit Studio 28-31m<sup>2</sup> + Climatisation + Vue dégagée

45m<sup>2</sup>

### TARIFS JOURNALIERS AFFERENTS A LA DEPENDANCE

Tarifs selon arrêté du Conseil Général – Année 2013

GIR 1-2 15.61 € TTC

GIR 3-4 9.90 € TTC

GIR 5-6 4.20 € TTC

### PRESTATIONS ANNEXES (entourer les prestations désirées)

#### Prestations mensuelles

- Forfait blanchisserie 94.62 € TTC
- Forfait marquage du linge \* 67.65 € TTC
- Abonnement mensuel de la ligne téléphonique 9.77 € TTC
- Mise à disposition d'une ligne téléphonique et de l'appareil \* 45.61 € TTC
- Consommation téléphonique En fonction de la consommation
- Forfait Télévision 50.00€ TTC

#### Prestations à la demande

- Repas invité (1<sup>er</sup> repas offert pour les proches de nos nouveaux résidents) 14 € TTC

### DEDUCTIONS JOURNALIERES POUR ABSENCES

En cas d'absence de plus de 72 heures pour convenances personnelles	Minoration du tarif hébergement d'un montant forfaitaire correspondant aux charges variables relatives à la restauration et à l'hôtellerie 4,21 € TTC
En cas d'absence de moins de 72 heures pour cause d'hospitalisation	Minoration du tarif hébergement d'un montant forfaitaire correspondant aux charges variables relatives à la restauration et à l'hôtellerie 4,21 € TTC
En cas d'absence de plus de 72 heures pour cause d'hospitalisation	Minoration du tarif hébergement du montant correspondant au forfait journalier hospitalier en vigueur soit 18.00 € en 2014 dans un service de médecine ou chirurgie et 13.50 € en service de psychiatrie.

### RAPPELS

#### Avant l'entrée du résident :

Les Arrhes (déductibles sur la 1<sup>ère</sup> facture)

- 15 jours de frais d'hébergement pour un séjour supérieur à 30 jours
- 5 jours de frais d'hébergement pour un séjour inférieur à 30 jours.

#### Le jour de l'admission :

Dépôt de garantie (remboursé deux mois après la sortie du résident)

- 30 jours de frais d'hébergement pour un séjour supérieur à 30 jours
- 10 jours de frais d'hébergement pour un séjour inférieur à 30 jours.

\* facturé une seule fois



**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**PERSONNE CONCERNEE**

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance)  Prénom(s)

Date de naissance

**MOTIF DE LA DEMANDE**

Changement d'établissement  Fin/Retour d'hospitalisation  Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

**NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :**

**ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux**

**PATHOLOGIES ACTUELLES**

--	--

**TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)**

SOINS PALLIATIFS  ALLERGIES  Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE <input type="checkbox"/> <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td>Alcool</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tabac</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sevrage</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE <input type="checkbox"/> <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td>NE SAIT PAS</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> Si oui, préciser (localisation, etc.) <input type="text"/> Préciser la date du dernier prélèvement <input type="text"/>	NE SAIT PAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
NE SAIT PAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											

Taille  Poids

<b>FONCTIONS SENSORIELLES</b> <input type="checkbox"/> <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td>Cécité</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Surdité</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Cécité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Surdité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>RISQUE DE FAUSSE ROUTE</b> <input type="checkbox"/>	<b>REEDUCATION</b> <input type="checkbox"/> <table border="1" style="width:100%;"> <tr><td>Kinésithérapie</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Orthophonie</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> Autre (préciser) <input type="text"/>	Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cécité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Surdité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
Déplacements	A l'intérieur			
	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
Troubles du sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre Implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)

MEDÉCIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom  Prénom(s)

ADRESSE

N° Vole, rue, boulevard

Code postal  Commune/Ville

Date

Signature

cachet du médecin

# DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

## PIECES A FOURNIR

- ✓ Dossier médical
  - ✓ une photocopie de la Carte Nationale d'Identité ou tout autre document d'identité,
  - ✓ la carte d'immatriculation à la sécurité sociale ainsi que l'attestation,
  - ✓ une photocopie du livret de famille,
  - ✓ la justification des ressources : justificatifs des pensions et des retraites + avis d'imposition,
  - ✓ l'attestation d'adhésion à une Mutuelle ou/et Caisse complémentaire,
  - ✓ la copie de l'assurance responsabilité civile personnelle (facultatif mais recommandée),
  - ✓ la copie de l'assurance pour les biens et objets personnels (le cas échéant),
  - ✓ les bénéficiaires de l'Aide Sociale doivent fournir, soit une admission d'urgence délivrée par le Maire du lieu de résidence, soit une décision d'admission de la Commission d'Aide Sociale (notification du département),
  - ✓ Le justificatif de jugement si tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice,
  - ✓ Avant l'entrée du résident :  
Les Arrhes (déductibles sur la 1<sup>er</sup> facture) :
    - 15 jours de frais d'hébergement pour un séjour supérieur à 30 jours
    - 5 jours de frais d'hébergement pour un séjour inférieur à 30 jours.
  - ✓ Le jour de l'admission :  
Chèque de dépôt de garantie équivalent à :
    - 30 jours de frais d'hébergement pour un séjour supérieur à 30 jours
    - 10 jours de frais d'hébergement pour un séjour inférieur à 30 jours.
- Ce chèque sera encaissé par l'Etablissement à l'admission du pensionnaire et restituée dans les deux mois qui suivent son départ.

## TROUSSEAU

Se munir, pour l'entrée (ou quelques jours avant de préférence) :

- de la dernière ordonnance du médecin et des derniers résultats d'examen,
- des médicaments à prendre (pour 3 jours minimum),
- du trousseau suivant (donné à titre indicatif):

### *Vêtements*

- Pantalon.....4
- Robe/jupe.....4
- Chemisier/chemise ....4
- T-shirt ML et MC .....6
- Pull.....2
- Gilet .....2
- Manteau.....1
- Imperméable .....1
- Pyjama (homme).....3
- Chemise de nuit.....3
- Robe de chambre .....1

### *Sous-vêtements*

- Culottes ou slip .....6
- Soutien gorge.....3
- Combinaison.....3
- Chemise de corps .....3
- Chaussettes.....5
- Collants.....4

### *Chaussures*

- Chaussons .....2
- Chaussure de ville .....2

- Gant de toilette.....6

### *Objets personnels*

- Foulard/cravate
- Réveil
- Montre
- Set courrier
- Sac à main

### *Produits d'hygiène*

- Savon/produit douche
- Brosse à dent/dentifrice
- Produit pour nettoyer les dentiers
- Produit de beauté (crème...)
- Produits de maquillage/manucure
- Parfum/eau de Cologne
- Shampoing
- Brosse à cheveux/peigne/pinces
- Coton/kleenex
- Rasoirs/pile de rechange
- Mousse à raser