



EMS

La Sombaille

**EMS La Sombaille
La Chaux-de-Fonds**

**CONTRAT
D'HÉBERGEMENT**

Version février 2025

22-Cantons 2
2300 La Chaux-de-Fonds
Tél. 032 967 01 11 – Fax 032 967 01 12
e-mail : Home.Sombaille@ne

TABLE DES MATIÈRES

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

ANNEXE 1	Prix de pension et participation aux frais de soins.....	12
ANNEXE 2	Prestations individuelles journalières (PIJ) comprises dans le prix de pension	13
ANNEXE 3	Prestations individuelles spécifiques (PIS) à charge du résident	14
ANNEXE 4	Autres prestations supplémentaires à choix (APSAC) à charge du résident	15
ANNEXE 5	Prestations de soins et médico-thérapeutiques (PSMT)	16
ANNEXE 6	Informations sur les prestations complémentaires AVS/AI et les aides individuelles	19
ANNEXE 7	Extrait du règlement d'utilisation du dossier résident informatisé (DRI)	21
ANNEXE 8	Remise de la brochure « L'Essentiel sur les droits des patients »	24
ANNEXE 9	Modèle de procuration pour la gestion administrative	25
ANNEXE 10	Modèle de procuration à des fins d'information de l'octroi d'une allocation pour impotence	26
ANNEXE 11	Modèle d'autorisation d'utilisation d'une/des photographie/s représentant le résident	27
ANNEXE 12	Règlement interne à l'établissement	28

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, ainsi que 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 Sanimédia, apporte les renseignements complémentaires sur ce thème (cf. annexe 8).
- 2.7** À des fins d'organisation et de traitement des informations, l'institution dispose d'un dossier résident informatisé contenant des données administratives et des données médicales concernant le résident. 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). La signature du présent document tient lieu d'accord du résident, respectivement de son représentant, pour la récolte et le traitement des données nécessaires à l'exécution des prestations médico-sociales, conformément aux bases légales.
- 2.8** Lors de la signature du présent contrat, le résident, ou en son nom son représentant, s'engage à transmettre dès son entrée dans l'institution toutes les informations utiles pour la mise en place des prestations de soins et d'accompagnement, informations qui seront traitées dans le respect des règles régissant la protection des données.
- 2.9** En cas d'autonomie financière insuffisante, le résident – ou en son nom son représentant – s'engage requérir des prestations complémentaires à l'AVS (PC) dès la signature du présent contrat, en tenant compte du fait que, passé un délai de six mois après l'entrée en institution, 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 d'impotence, le résident - ou en son nom son 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 AVS ou à l'office AI, selon le type d'allocation d'impotence octroyée.

L'état de fortune et les ressources du résident lors de son entrée dans l'institution seront analysés par la caisse de compensation pour l'octroi de prestations complémentaires 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 du résident 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'éventuelle impossibilité financière à honorer les factures établies par l'institution. Celle-ci 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, l'entretien du 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 LaMAL ou LCA, l'AI ou les prestations complémentaires.

3.3. Autres prestations supplémentaires à choix (APSAC)

Les autres prestations supplémentaires à choix (APSAC), listées à l'annexe 4 jointe au présent contrat 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/x médecin/s-référent/s de l'institution lorsque celle-ci a passé un accord avec un/des praticien/s qui viennent sur place fournir leur consultation.

Le résident est libre de choisir un médecin traitant extérieur à l'institution. Il est tenu d'en communiquer le nom à cette dernière; 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 partenaires de l'institution.

Le résident est libre de choisir un thérapeute extérieur à l'institution. Il est tenu d'en communiquer le nom à cette dernière; 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 toutefois s'adresser à une pharmacie de son choix, dont il communique alors le nom à l'institution. La pharmacie est tenue de se conformer aux directives de cette dernière en matière de gestion des médicaments.

5. CONDITIONS FINANCIERES

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 1). 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-devant 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 à l'art. 7 de l'Ordonnance fédérale sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), de la manière suivante :

- La participation de l'assureur-maladie à hauteur du montant fixé dans l'OPAS ; la facturation de cette participation fait l'objet d'une copie de la facture au résident ou à son représentant.
- La participation du résident, participation définie par le Conseil d'Etat du canton de Neuchâtel et s'élevant au maximum à 20% de la participation maximale des assureurs-maladie (Ordonnance sur l'assurance maladie - 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 financières du résident envers l'établissement découlant du présent contrat, un acompte de CHF 4'800.-, correspondant au maximum à un mois de frais d'hébergement et de la part aux soins, est demandé au résident dès son entrée dans l'institution.

5.4. Facturation et paiement

5.4.1. Les factures sont en principe 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 prestations sociales sont versées au résident à l'avance par rapport à la facture de l'institution, soit 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. L'institution fait signer à l'entrée du résident le formulaire fédéral « *Demande de versement de rente à un tiers ou à une autorité qualifiée* » (cession) ; cette démarche permet à l'EMS de s'assurer les garanties financières suffisantes pour le paiement du prix de pension. Cette cession de la rente AVS et des prestations complémentaires par exemple ne sera activée qu'en cas de retard de paiement.

En cas de non-paiement de ses factures, l'institution peut 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 de la Loi fédérale sur la poursuite pour dettes et faillite (LP).

6. ABSENCES DU RESIDENT

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. ENTREE / TRANSFERT / DEPART DU RESIDENT

7.1. Conformément à l'arrêté fixant les modalités de l'entretien d'orientation dans le réseau de santé (AMEORS) du 20 janvier 2020, l'admission en EMS / pension de long séjour nécessite la validation de l'orientation par AROSS (Accueil Réseau Orientation Santé Social).

7.2. Les jours d'entrée et de sortie sont facturés comme jours entiers, tant pour les prestations de soins, que pour les prestations socio-hôtelières.

7.3. En cas de transfert dans une autre institution de soins du canton, les prestations de soins sont facturées par les deux institutions, celle de sortie et celle d'entrée. Cette pratique est conforme aux conventions actuellement en vigueur avec les assureurs maladie. Le prix de pension est également facturé au résident par les deux parties.

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

7.4. Afin de favoriser le meilleur des accompagnements possibles, l'institution se réserve par ailleurs le droit de procéder à un déménagement à l'interne, soit dans une autre unité de soins, sur un autre étage ou dans une autre chambre. Des critères de gestion et d'optimisation du taux d'occupation des lits peuvent également motiver le transfert à l'interne d'un résident. Le résident et/ou son répondant sera/seront alors tenu/s informé/s de la démarche et, dans toute la mesure du possible, il sera tenu compte de son/leur avis.

7.5. 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^e 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 20'000.- 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 ET 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.

L'institution dispose d'un système de vidéosurveillance signalé par des panneaux indicatifs. Ce système a pour but d'assurer la protection des résidents, des collaborateurs et des visiteurs. Il a pour vocation de prévenir tout acte de vandalisme, d'atteinte aux biens et/ou personnes. Conformément à l'art 25 LPD, toute personne concernée peut requérir auprès de la direction des informations concernant les données collectées.

10. DUREE DU CONTRAT ET RESILIATION

10.1. Durée du contrat

Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée et commence à prendre effet dès le premier jour de l'entrée du résident au sein de l'institution.

10.2. Fin du contrat

10.2.1. Résiliation par le résident ou en son nom par son représentant

Le résident, ou en son nom son représentant, peut 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, ou en son nom 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, ou en son nom 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. Ce délai échu, 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 du présent contrat.

En cas de décès du résident intervenant lors d'une hospitalisation, son représentant est tenu d'en informer sans tarder l'EMS.

11. PLAINTES

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

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

- Madame la Présidente du comité directeur de la FECPA, p.a. Fondation des établissements cantonaux pour personnes âgées, Rue des Charmettes 10, 2006 Neuchâtel par écrit.

Le résident, ou en son nom son représentant, peut s'adresser également aux organismes représentant les intérêts des assurés ou aux différentes instances de médiation et de plainte, notamment :

- L'autorité de conciliation en matière de santé, rue du Château 12, 2001 Neuchâtel, tél. 032 889.64.56
- Le Service de la Santé publique, Rue des Beaux-Arts 13, 2000 Neuchâtel, tél. 032.889.62.00
- Les 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.

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
11. Autorisation d'utilisation d'une/des photographie/s représentant le résident

ANNEXE 1

Prix de pension 2025

Longs séjours

Prestations socio-hôtelières

Prix de pension chambre à 1 lit **Fr. 166.60**

Prix de pension chambre à 2 lits **Fr. 151.60**

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

Classe 1 **Fr. 1.80**

Classe 2 **Fr. 9.--**

Classe 3 **Fr. 16.60**

Classe 4 **Fr. 21.--**

Classe 5 **Fr. 21.60**

Classe 6 **Fr. 22.30**

Classes 7-12 **Fr. 23.--**

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 communale 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. 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.

La Chaux-de-Fonds, février 2025

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 fruits consommés sur les unités et à la cafétéria
- Les régimes alimentaires prescrits par un médecin
- La mise à disposition d'un appareil téléphonique, l'abonnement téléphonique, l'accès au teleréseau et à internet
- 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 jusqu'à Fr. 10.--
- 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 Fr. 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
- Les connexions internet au prix coûtant non majoré
- La location du téléviseur en chambre au prix coûtant non majoré. Concernant les téléviseurs personnels, seuls les téléviseurs à écran plat, numériques et de dernière génération seront acceptés.
- Le lavage, le repassage et l'entretien des vêtements lors de l'entrée du résident dans l'établissement à hauteur maximale de Fr. 100.-
- Les retouches importantes, maximum Fr. 20.- par vêtement
- Le marquage des habits à hauteur maximale de Fr. 80.-, prix des étiquettes en sus. A l'entrée, les vêtements usagés seront signalés à la famille. Si les vêtements sont en trop mauvais état, ils ne seront pas marqués.
- 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 Fr. 10.- par sortie
- Les vacances, participation maximale de Fr. 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 en charge est de Fr. 20.- + Fr. 1.50 par km chauffeur compris. Cas échéant, l'accompagnant est facturé Fr. 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

Autres prestations supplémentaires à choix (APSAC) à charge du résident

- 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
- L'aide administrative (déclaration d'impôt, etc.), les actes officiels, les permis de séjour et les impôts
- 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.
- Les transports utilitaires sont facturés à Fr. 1.50/km (y compris le chauffeur) + Fr. 20.- de taxe de prise en charge. Cas échéant, les frais d'accompagnement s'élèvent à Fr. 35.-/heure.

Remarque : Depuis le 01.01.2019, 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 en 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 de base et/ou complémentaire.

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.

Au cas où l'administration d'un ou plusieurs médicament/s devait être interrompue (traitement terminé, mal supporté, inefficace ou en cas de décès), sans avis contraire du résident - ou en son nom de son représentant - ils seront mis à disposition gratuitement d'autres résidents de l'EMS afin de limiter le gaspillage. Le but est d'éviter de devoir jeter ces médicaments, s'ils peuvent encore être utilisés par une autre personne souffrant de la même maladie. A défaut d'un tel accord, les produits qui ne sont plus utilisés seront détruits par le canal officiel de destruction des médicaments.

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).

Depuis le 01.10.2021, les produits relevant de la Liste des moyens auxiliaires (LiMA) sont à la charge des caisses-maladie selon des montants maximaux remboursés (MMR). Les éventuels dépassements des MMR sont à la charge de l'institution, en vertu l'alinéa 2 de l'art. 2 de l'Arrêté du Conseil d'Etat fixant les tarifs de soins de longue durée au sens de l'article 25a LAMal dispensés en EMS du 14.12.2022.

La liste des moyens et appareils est disponible sur le lien ci-joint : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankversicherung-leistungen-tarife/Mittel-und-Gegenstaendeliste.html>

Dentiste

Les frais dentaires sont à la charge du résident. En cas de traitements conséquents (+ de Fr. 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.

Podologie

Les soins de podologie ou de pédicure-podologie sont considérés comme thérapeutiques dès qu'il y a une prescription médicale. Depuis le 01.01.2022, les soins de podologie sont pris en charge par l'assurance-maladie de base LAMaL lorsqu'ils sont dispensés à des personnes diabétiques et effectués par du personnel infirmier (OPAS art. 9c) ou des podologues (OPAS art. 11c). Ceux-ci doivent être reconnus par la caisse maladie et les frais sont alors remboursés sur la base d'une facturation spécifique selon TarMed.

Pour les personnes non-diabétiques, les soins de podologie sur prescription médicale continuent à faire partie des prestations au sens de l'article 7 lettre b de l'OPAS et peuvent être pris en charge par les prestations complémentaires (PC) (voir ci-après l'annexe 6, qui précise également la notion de régime transitoire pour les décisions PC rendues avant le 01.01.2021*) ou par l'assurance-maladie complémentaire (LCA) si existante.

Voici le résumé des modalités de remboursement des frais de podologie sur prescription médicale :

Payeur	Prestataire de soins	Personne diabétique	Personne non-diabétique	Critère de l'allocation d'impotence	Critère de l'état de fortune
Assurance maladie de base (LAMaL)	Prestataire reconnu par la caisse-maladie	Oui	Non		
CCNC	Prestataire externe à l'institution	Oui, pour les frais non-pris en charge par la caisse-maladie, correspondant à la franchise et à la quote-part de 10%	Oui, sur la base du refus de l'assurance maladie LaMAL, voire LCA (à transmettre avec la 1ère facture)	Si API de degré moyen ou grave	Si fortune inférieure à Fr. 30'000.-- (seul) ou Fr. 40'000.-- (couple)
Assurance maladie complémentaire (LCA)	Prestataire reconnu par la caisse-maladie	Oui	Possible, selon les conditions de la caisse-maladie		

Quote-part et franchise

Pour la part non-remboursée des frais, à savoir la franchise minimum (Fr. 300.— valeur au 01.01.2012) et la quote-part de 10%, au maximum Fr. 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 Fr. 1.50/km (y compris le chauffeur) + Fr. 20.— de taxe de prise en charge + Fr. 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 les aides individuelles

Pour les résidents qui ne peuvent supporter la charge financière du prix de pension et/ou la charge de leur part aux frais de soins, des demandes de prestations doivent être introduites auprès de leur 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 défini annuellement par le Conseil d'Etat.

Depuis 2021, les prestations complémentaires ne sont plus calculées sur une base mensuelle mais sur une base de 365 jours effectifs, respectivement 366 jours effectifs lors des années bissextiles (et non plus sur une base mensuelle), tout comme les aides individuelles.

1. Prestations complémentaires AVS/AI

- **Pour les personnes qui ne bénéficient pas 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, à qui un droit aux prestations complémentaires de l'AVS est reconnu, doit **adapter son assurance-maladie** aux normes des conventions existant avec les groupes tarifaires des caisses-maladie (CSS, HSK, Tarifsuisse), en assurant la franchise minimum (Fr. 300.-/année).
- Dans le calcul des prestations complémentaires, un montant fixé par le Conseil d'Etat, pour l'année 2025 de **Fr. 250.- par mois, 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 2025, il s'élève à Fr. 661.- 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 podologie** avec prescription médicale peut être envoyée à l'agence régionale AVS pour remboursement pour autant que la fortune ne soit pas supérieure à Fr. 30'000.- pour une personne seule et à Fr. 40'000.- pour un couple ; pour toute questions, il convient de se renseigner auprès de son Agence régionale AVS pour déterminer le régime le plus favorable applicable.
 - Les moyens auxiliaires financés par l'AVS/PC (**chaussures orthopédiques, épithèses faciales, perruques, appareils orthophoniques, lunettes-loupes**).

A noter que depuis le 01.01.2019, 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 EMS (considéré comme un 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 au résident.

ANNEXE 7

Extrait du règlement d'utilisation du dossier résident informatisé (DRI) (règlement 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 (tuteur, 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 tutelle ou 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 et sa conservation 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 fédérale sur la protection des données (nLPD), du 25 septembre 2020 (RS 235.1)
- 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'archivage (LArch), du 22 février 2011 (RSM 442.20)
- Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), du 18 mars 1994 (RS 832.10) ;
- Loi fédérale 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

Modèle de procuration de portée générale

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'institution 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

Modèle de 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 La Sombaille, 22-Cantons 2, 2300 La Chaux-de-Fonds.

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

ANNEXE 11

Modèle d'autorisation d'utilisation d'une/des photographie/s représentant le résident

Dans le cadre des activités usuelles de communication de l'institution tant à l'interne qu'à l'externe,

Dans le but de rendre compte de l'activité et de la vie en institution et d'en fournir une juste appréciation par les résidents et leur famille, ainsi que par le grand public dans son ensemble,

En conformité avec l'article 13 de la Constitution fédérale suisse sur la protection de la sphère privée,

Nous, en notre qualité de direction de EMS La Sombaille, 22-Cantons 2, 2300 La ...
Chaux-de-Fonds

sollicitons l'autorisation de Monsieur/Madame

pour l'utilisation et la publication de photographies le/la représentant.

Cette autorisation est valable jusqu'à sa révocation, possible en tous temps.

Autorisation du la résident/e, ou en son nom de son représentant légal

Nom: _____

Prénom: _____

Autorisation accordée : OUI NON

Signature : _____ Date : _____

ANNEXE 12

Règlement interne à l'établissement

Article 1 : Règles de vie en communauté

- 1.1 Chaque résident-e s'engage dans la mesure de ses possibilités à respecter ses voisins et à favoriser une atmosphère de convivialité et de respect mutuel au sein de l'établissement.
- 1.2 Les résident-e-s sont encouragé-e-s à participer activement aux activités et aux événements organisés dans l'institution, contribuant ainsi à renforcer le lien social et le bien-être de chacun-e. Chacun-e est libre de participer selon ses possibilités et/ou envies.
- 1.3 Tout comportement mettant en danger les autres résident-e-s ou le personnel sera soumis aux règles de l'institution, pouvant aller jusqu'à un projet de sortie.

Article 2 : Utilisation des locaux communs

- 2.1 Les locaux communs sont mis à disposition des résident-e-s et de leurs proches pour leur usage collectif et restent à disposition de tous.
- 2.2 L'utilisation des équipements communs doit se faire dans le respect des autres résident-e-s et dans le cadre des règles établies par la direction.

Article 3 : Heures de visite

- 3.1 Les heures de visites sont libres. Il est vivement recommandé de vous annoncer à l'avance pour garantir le cas échéant la présence de la personne visitée.
- 3.2 Les visiteurs sont priés de respecter les règles de l'établissement et de se comporter de manière respectueuse lors de leur visite.

Article 4 : Politique concernant la consommation d'alcool

- 4.1 La consommation d'alcool modérée est autorisée dans l'établissement, sauf en cas d'interdiction médicale spécifique pour un-e résident-e.
- 4.2 Il est interdit d'introduire de l'alcool dans les chambres des résident-e-s nécessitant une mesure de restriction spécifique.

Article 5 : Fumée

- 5.1 La fumée est strictement interdite dans les chambres des résident-e-s et dans l'enceinte de l'établissement. Des zones fumeurs sont accessibles à l'intérieur et à l'extérieur du bâtiment.

Article 6 : Confidentialité

- 6.1 Les résident-e-s et leurs visiteurs sont tenus à une certaine discrétion quant aux informations portées à leur connaissance lors de leurs visites.
- 6.2 La prise de photos à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement est autorisée dans le cadre d'un usage exclusivement privé. Aucune diffusion sur les réseaux sociaux n'est autorisée sans l'accord écrit de la direction de l'établissement.

Ce règlement interne est applicable aux résident-e-s de l'établissement ainsi qu'à leurs familles ou visiteurs. Le non-respect des dispositions énoncées dans ce document pourra entraîner un projet de sortie, conformément aux règles de l'institution.