Les Sugits
Etablissement Médico-Social

CONTRAT D'HEBERGEMENT

PARTIES CONTRACTANTES

Le présent contrat est conclu entre d'une part,

l'EMS Les Sugits

Rue de l'Hôpital 31

2114 Fleurier

ci-après l'institution,

et d'autre part,

Nom :

Prénom :

No AVS :

Adresse :

Date de naissance :

Origine :

ci-après désigné comme le-la résidant-e*.

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

Le cas échéant, le résidant est représenté par :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone/s :

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

- ☐ Curateur selon décision de l'Autorité de Protection de l'Adulte et de l'Enfant (APAE) ; la décision doit être remise à l'institution.
- ☐ Mandataire au bénéfice d'une procuration de portée générale[1] valable ; la procuration doit être remise à l'institution (un modèle figure en annexe 9) :

  Lien familial : .....

  Autre lien : .....

- ☐ Autre : …….

[1] Pour plus de renseignements à ce propos, consulter par exemple la brochure « Mandat pour cause d'inaptitude » éditée par Alzheimer Suisse en 2021

MESURES PERSONNELLES ANTICIPÉES

Directives anticipées[2]

Des directives anticipées ont été établies ☐ oui ☐ non

Si oui, une copie des directives anticipées est déposée dans le dossier de soins du résidant, lequel reste libre de les modifier à tout moment.

Représentant thérapeutique[3]

Le résidant désigne en qualité de représentant thérapeutique :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

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

[3] Personne désignée par le résidant 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 MATIERES

1. BUT ET OBJET 6
2. DROITS ET DEVOIRS DES PARTIES 6
3 PRESTATIONS SOCIO-HÔTELIERES 7
3.1 Prestations individuelles journalières (PIJ) comprises dans le prix de pension 7
3.2 Prestations individuelles spécifiques (PIS) à charge du résidant 7
3.3 Autres prestations supplémentaires à choix (APSAC) 7
4. PRESTATIONS DE SOINS ET MEDICO-THERAPEUTIQUES 7
4.1 Soins 7
4.2 Médecin 7
4.3 Thérapeutes 8
4.4 Pharmacie 8
5. CONDITIONS FINANCIERES 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 RESIDANT 10
6.1 Hospitalisation 10
6.2 Vacances et congés 10
7. ENTREE / TRANSFERT / DEPART DU RESIDANT 10
8. ASSURANCES 10
9. DEPÔT D'ARGENT & D'OBJETS DE VALEUR ET PERTE 10
10. DUREE DU CONTRAT ET RESILIATION 11
10.1 Durée du contrat 11
10.2 Fin du contrat 11
11. PLAINTES 11
12. DISPOSITIONS FINALES 12
ANNEXE 1 13
Prix de pension et participation aux frais de soins 13
ANNEXE 2 14
Prestations individuelles journalières (PIJ) comprises dans le prix de pension 14
ANNEXE 3 15
Prestations individuelles spécifiques (PIS) à charge du résidant 15
ANNEXE 4 16
Prestations supplémentaires à choix (APSAC) à charge du résidant 16
ANNEXE 5 17

Prestations de soins et médico-thérapeutiques (PSMT) 17
ANNEXE 6 20
Informations sur les prestations complémentaires AVS/AI et les aides individuelles 20
ANNEXE 7 22
Extrait du règlement d'utilisation du dossier résidant informatisé (DRI) 22
ANNEXE 8 24
Brochure « L'Essentiel sur les droits des patients » 24
ANNEXE 9 25
Modèle de procuration pour la gestion administrative 25
ANNEXE 10 26
Modèle de procuration à des fins d'information de l'octroi d'une allocation pour impotence 26
ANNEXE 11 27
Autorisation d'utilisation de photographies représentant le résidant 27
ANNEXE 12 28
Accord sur le traitement des données de commande 28

1. BUT ET OBJET

Le présent contrat a pour but de préciser les droits et les devoirs de l'institution et du résidant.

2. DROITS ET DEVOIRS DES PARTIES

2.1 Le présent contrat est conclu entre le résidant et l'institution qui s'engagent à en respecter les dispositions.

2.2 Cas échéant, le représentant agit au nom et pour le compte du résidant. La signature du contrat d'hébergement par le représentant engage le résidant envers l'institution.

2.3 L'institution garantit notamment au résidant le droit au respect et à la protection de sa dignité ainsi que le droit à la liberté personnelle, notamment celle de conserver le contact avec son entourage.

2.4 Le résidant s'engage à traiter avec respect tout collaborateur de l'institution et les autres résidants. Il s'engage par ailleurs à respecter les règles internes de l'institution.

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 résidant 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 les cantons latins, apporte les renseignements complémentaires sur ce thème (voir annexe 8).

2.7 A des fins d'organisation et de traitement des informations, l'institution dispose d'un dossier résidant informatisé (DRI) contenant les données administratives et les données médicales concernant le résidant. L'institution applique le règlement d'accès au dossier résidant informatisé édité par l'Association neuchâteloise des établissements et maisons pour personnes âgées (ANEMPA) en conformité avec la législation sur la protection des données. Un extrait de ce règlement est joint au présent contrat d'hébergement (voir annexe 7).

2.8 Lors de la signature du contrat, le résidant, 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 résidant –ou en son nom son représentant- s'engage à 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 résidant et prise en compte dans le calcul des prestations complémentaires. En cas d'octroi d'une allocation pour impotence, le répondant –ou en son nom son représentant- 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 résidant lors de son entrée dans l'institution seront analysés par la caisse de compensation pour l'octroi de prestations complémentaires, 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 résidant subissent des modifications.

2.9 Le résidant -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 résidant, notamment un extrait de l'office des poursuites.

3 PRESTATIONS SOCIO-HÔTELIERES

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 résidant

Le prix de pension journalier ne comprend pas les prestations individuelles spécifiques (PIS) ni certaines dépenses à charge du résidant. 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, l'éventuel assureur maladie complémentaire (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, sont constituées de l'ensemble des prestations ou articles qui ne sont pas strictement nécessaires, choisis par le résidant ou son représentant pour augmenter son confort. Ces frais sont entièrement à la charge du résidant 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 résidant 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 vient-viennent sur place fournir ses-leurs prestations.

Le résidant 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 (physiothérapeute, ergothérapeute) de l'institution.

Le résidant 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 résidant 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 résidant

Les prestations socio-hôtelières à charge du résident comprennent :

- Le prix de pension journalier, qui comprend notamment la prestation socio-hôtelière de base, le supplément pour chambre individuelle et la prestation loyer (voir annexe 2) ; à noter que la part du prix de pension à charge du résidant est déterminée en fonction de sa situation financière (voir annexe 6);
- Les prestations individuelles spécifiques (PIS) (voir chiffre 3.2 ci-devant);
- 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 résidants 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 résidant ou par les régimes sociaux. L'institution s'assure que le résidant -ou en son nom son représentant- effectue les démarches nécessaires pour l'obtention des prestations sociales auxquelles il peut prétendre. Des informations détaillées à propos des prestations de soins et médico-thérapeutiques (PSMT) sont données au résidant dans l'annexe 5.

5.2.2 Facturation des prestations de soins

Les frais de soins sont facturés, selon le degré de soins défini par les outils PLEX (**PL**AISIR® **EX**press) et PLAISIR® (**Pla**nification **I**nformatisée des **S**oins **I**nfirmiers **R**equis).

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 résidant ou à son représentant.
- La participation du résidant, participation définie par le Conseil d'Etat du canton de Neuchâtel et s'élevant au maximum au 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'institution.

5.3 Paiement d'un acompte

Afin de garantir l'exécution des obligations financières du résidant envers l'institution découlant du présent contrat, un **acompte de CHF 3'000.00**, correspondant au maximum à un mois de frais d'hébergement et de part aux soins, est demandé au résidant 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 résidant -ou en son nom par 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 résidant 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 l'institution 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 financières pour le paiement du prix de pension, le résidant -ou en son nom son représentant- signe 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, par exemple en touchant directement les prestations complémentaires octroyées au résidant.

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 résidant.

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 RESIDANT

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 résidant 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 RESIDANT

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

7.2 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 résidant par les deux parties.

L'institution peut demander le transfert d'un résidant 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 résidant, 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 31ème jour par le représentant qui entrepose, suite au départ ou au décès du résidant 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 résidant 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 résidants. Sont assurés les biens propres des résidants dans l'institution jusqu'à concurrence de CHF 2'500.00 par résidant, 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 & 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.

10. DUREE DU CONTRAT ET RESILIATION

10.1 Durée du contrat

Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée et commence le {r:entry_date}.

10.2 Fin du contrat

10.2.1 Résiliation par le résidant ou en son nom par son représentant

Le résidant -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'institution est en droit de facturer les frais d'hébergement jusqu'à l'expiration du délai de résiliation. Le résidant -ou en son nom son représentant- doit s'acquitter des éventuelles factures en suspens sur les biens et avoirs du résidant.

10.2.2 Résiliation par accord mutuel

L'institution et le résidant -ou en son nom son représentant- peut, 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'institution pour justes motifs

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

Sont notamment considérés comme justes motifs :

- La conduite incompatible avec la vie en collectivité, le non-respect répété des égards dus aux autres résidants et aux collaborateurs de l'institution ;
- 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 résidant, sous réserve des dispositions prévues au point 7.3 ci-devant.

11. PLAINTES

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

11.2 Le résidant -ou en son nom son représentant- peut s'adresser à la direction de l'institution ou à son Conseil de fondation à l'adresse suivante :

- Conseil de fondation de la Fondation Les Sugits, p.a. EMS Les Sugits, rue de l'Hôpital 31, 2114 Fleurier.

Le résidant -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 :
  - Le Tribunal régional des Montagnes et du Val-de-Ruz, avenue Léopold-Robert 10, 2300 La Chaux-de-Fonds, tél. 032-889 61 81 ;

- Le Tribunal régional du Littoral et du Val-de-Travers, 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 résidant et/ou son représentant reconnaît avoir pris connaissance des documents annexés et en accepte les termes.

12.3 Le contrat est signé par l'institution et par le résidant et/ou son représentant.

12.4 Par leur signature, le résidant 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 résidant ou du siège de l'EMS pour les résidants qui ne sont pas domiciliés dans le canton.

Ainsi fait en deux exemplaires originaux, un pour chaque partie.

…….., le …… Fleurier, le {date:date}

Le résidant et/ou son représentant EMS Les Sugits

.....

Annexes au contrat de l'institution :

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 résidant (PIS)
4. Liste des autres prestations supplémentaires à choix (APSAC) à charge du résidant
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 résidant 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 de photographies représentant le résidant
12. Accord sur le traitement des données de commande.

ANNEXE 1

Prix de pension et participation aux frais de soins

Prix de pension journalier 2024 (forfaits socio-hôteliers)

Prestation socio-hôtelière de base	CHF 110.60
Supplément chambre à 1 lit	CHF 15.00
Prestation journalière loyer	CHF 41.30
Supplément CCT Santé 21	CHF 10.40

soit, au total par type de chambre :

Chambre à 1 lit	**CHF**	**177.30**
Chambre à 2 lits	**CHF**	**162.30**

Participation aux frais de soins du résidant 2024 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 résidant, 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 l'accès au téléréseau 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.
- 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'institution.
- L'assurance ménage dans le cadre d'un contrat collectif de l'institution.
- La toilette et la chambre funéraires (limitées aux prestations de l'institution).

ANNEXE 3

Prestations individuelles spécifiques (PIS) à charge du résidant

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

- La taxe d'entrée de CHF 300.00 (une fois par séjour).
- Le dépôt de clé.
- Les frais de port du courrier du résidant, 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.
- Le lavage, le repassage et l'entretien des vêtements lors de l'entrée du résidant dans l'institution à hauteur maximale de CHF 100.00.
- Les retouches importantes, maximum CHF 20.00 par vêtement.
- Le marquage des habits à hauteur maximale de CHF 80.00.
- 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 10.00 par sortie.
- Les vacances, participation maximale de CHF 50.00 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 CHF 20.00 + CHF 1.50 par km chauffeur compris. Le cas échéant, l'accompagnant est facturé CHF 35.00 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 résidant

- 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 résidant.
- Les articles de toilette demandés spécifiquement par le résidant 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 résidant.
- 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 résidant ou de son représentant.
- Les transports utilitaires sont facturés à CHF 1.50/km (y compris le chauffeur) + CHF 20.00 de taxe de prise en charge. Le cas échéant, les frais d'accompagnement s'élèvent à CHF 35.00/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 résidant 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 que l'exemption soit effective, une attestation de résidence établie par l'institution doit être transmise par le résidant ou son répondant à l'organe de recouvrement Serafe.

ANNEXE 5

Prestations de soins et médico-thérapeutiques (PSMT)

Prestations de soins

Les degrés de soins sont définis par les outils PLEX (**PL**AISIR® **EX**press) et PLAISIR® (**Pla**nification **I**nformatisée des **S**oins **I**nfirmiers **R**equis).
Le résidant 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 résidant 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 résidant (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 résidant ou à son représentant administratif pour règlement. Le 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 résidant -ou en son nom de son représentant- ils seront mis à disposition gratuitement d'autres résidants 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 1er octobre 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 de l'art. 2 al. 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/krankenversicherung-leistungen-tarife/Mittel-und-Gegenstaendeliste.html

Dentiste

Les frais dentaires sont à la charge du résidant. En cas de traitements conséquents (plus de CHF 500.00), l'institution fait établir par un médecin dentiste diplômé un devis, qui sera soumis au résidant 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 existe 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 la structure tarifaire 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 l'annexe 6, qui précise 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 (API)**	**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 trans-mettre avec la 1ère facture)	Si API de degré moyen ou grave	Si fortune inférieure à CHF 30'000 (seul) ou CHF 50'000 (couple) (réf. légale art. 22 RFMPC) *
Assurance maladie complémen-taire (LCA)	Prestataire reconnu par la caisse-maladie	Oui	Possible, selon les conditions de la caisse-maladie		

**RFMPC* : règlement relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires.

Quote-part et franchise

Pour la part non-remboursée des frais, à savoir la franchise minimum (CHF 300.00) et la quote-part de 10%, au maximum CHF 700.00 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 6).

Transports à but médical

Les transports à but médical sont facturés à CHF 1.50/km (y compris le chauffeur) + CHF 20.00 de taxe de prise en charge + CHF 35.00/heure pour les frais d'accompagnement, cas échéant. Les transports en ambulance ne sont pas financés par l'institution. Le résidant -ou en son nom son représentant- peut présenter ces factures à l'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 résidants 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 résidants des EMS ;
2. Les aides individuelles, calculées sur le prix de pension de l'institution, défini annuellement par le Conseil d'Etat.

Dès le 1er janvier 2021, les prestations complémentaires ne sont plus calculées sur une base mensuelle mais sur une base de 365 jours effectifs, 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 résidant dans l'institution**.
- **Pour les personnes qui bénéficient déjà de l'aide des prestations complémentaires**, il est important de communiquer le prix de pension du résidant 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 résidant. **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 résidant 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 (CHF 300.00 par an).
- Dans le calcul des prestations complémentaires, un montant fixé par le Conseil d'Etat, pour l'année 2024 de **CHF 250.00 par mois, est laissé à disposition du résidant 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 2024, il s'élève à CHF 639.00 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 communale AVS pour la prise en charge de ces frais après refus complet ou partiel de la caisse maladie du résidant.
- Les **transports en ambulance** sont pris en charge à hauteur de 50 % par l'assureur maladie du résidant. Le décompte original de la caisse-maladie peut être envoyé à l'agence communale 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 résidant 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 (sous certaines conditions).
- 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 résidant 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 établie par l'institution indiquant que le résidant vit en EMS doit être présentée (voir annexe 4).

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'institution et entraînent une adaptation du prix de pension facturé au résidant.

ANNEXE 7

Extrait du règlement d'utilisation du dossier résidant informatisé (DRI)

(règlement complet consultable sur demande)

Lorsqu'il est fait mention du résidant, il doit être tenu compte de la capacité de discernement de ce dernier, le cas échéant les droits du résidant sont reportés à son représentant légal (curateur,…) ou à toute personne à laquelle le résidant 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 de la Convention intercantonale relative à la protection des données et à la transparence dans les cantons du Jura et de Neuchâtel - CPDT-JUNE). Le résidant correspond donc à cette définition.

5.8 Traitement de données

Le traitement de données représente 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 résidant

Le résidant décide seul du traitement des données le concernant, à moins qu'une loi oblige à la collecte et à la transmission de données. Le résidant doit être préalablement informé de tout traitement de données le concernant. Il donne son accord à ce propos. De manière concrète, le résidant 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 résidant. Généralement, ce consentement est reconnu tacitement par la signature du contrat d'hébergement. Toutefois, au cas par cas, le résidant peut exiger que certaines pièces de son dossier fassent l'objet d'un accès plus limité.

Il appartient au résidant 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 les 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 résidant

A condition de prouver son identité, chacun a le droit de connaître les données que les autorités traitent et qui le concernent. Aussi, le résidant 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 résidant

De manière générale, seul le résidant 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 résidant que le médecin donnera accès aux informations issues de son dossier médical au représentant légal, à la personne préalablement désignée par le résidant (représentant thérapeutique) ou à ses proches s'il est nécessaire de demander l'accord d'agir médicalement.
Le représentant légal d'un résidant sous curatelle n'a pas accès au dossier du résidant 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 résidant incapable de discernement, il a le droit d'obtenir les renseignements nécessaires à sa prise de décision.
Après le décès du résidant, 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 résidant 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 résidants 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 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 (RSN 442.20)
- 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

Brochure « L'Essentiel sur les droits des patients »

ANNEXE 9

Modèle de 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'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 ……., le ……

Signature-s :

ANNEXE 10

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

Identité du résidant

Nom, Prénom .....

Né(e) le .....

Numéro AVS .....

Hébergé(e) à EMS Les Sugits, rue de l'Hôpital 31, 2114 Fleurier

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 Les Sugits, rue de l'Hôpital 31, 2114 Fleurier.

Lieu et date : ……

Prénom et nom du résidant :	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.

ANNEXE 11

Autorisation d'utilisation de photographies représentant le résidant

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 résidant-e-s 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 l'EMS Les Sugits, rue de l'Hôpital 31, 2114 Fleurier,

sollicitons l'autorisation de {r:title} {r:fname} {r:lname},

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/de la résidant/e, ou en son nom de son représentant légal

Nom: _____

Prénom: _____

Autorisation accordée : ☐ OUI ☐ NON

Signature : _____ Date : _____

ANNEXE 12

Accord sur le traitement des données de commande

Depuis janvier 2022, et en raison de la révision de la LAMal sur la base de la liste des moyens et appareils (LiMA), nous décomptons les produits directement auprès de votre caisse-maladie.

A compter du mois de février 2024, notre fournisseur de matériel d'incontinence, la société IVF Hartmann se chargera d'établir ce décompte et de le transmettre aux caisses d'assurance maladie.

Selon le degré de sévérité de l'incontinence, un montant maximal annuel des caisses-maladies doit être respecté. En cas de dépassement de ce forfait, vous devez normalement assumer vous-mêmes les coûts supplémentaires. Notre institution a néanmoins conclu un contrat avec IVF Hartmann pour que tous les coûts supplémentaires éventuels soient pris en charge.

Pour le décompte auprès des caisses-maladies, une ordonnance du médecin est nécessaire. Nous l'obtenons conjointement avec la société IVF Hartmann.

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

Nom: _____

Prénom: _____

- accepte que l'EMS Les Sugits recueille les données nécessaires à l'assistance médicale et sociale, à l'hébergement, à la restauration et au règlement des dépenses avec les caisses d'assurance maladie et les traite à ces fins.
- accepte que l'EMS Les Sugits transmette les données à IVF Hartmann AG aux fins mentionnées.

L'EMS Les Sugits a conclu un contrat avec IVF Hartmann AG, qui garantit le traitement légal, la protection des données et les droits de la personnalité. Tout traitement à d'autres fins est exclu.

Date :

Signature :