



**maison de retraite
de Hérisson**

la directrice

DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

ACCUEIL DE JOUR

Pour nous permettre une bonne gestion de votre dossier administratif, merci de veiller à présenter le jour de l'entrée :

- 1 photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ;
 - copie de la carte vitale et son attestation ;
 - copie de la carte de mutuelle complémentaire ;
 - copie carte d'identité ;
 - un R.I.B. ;
 - une quittance d'assurance responsabilité civile ;
 - une liste des personnes à prévenir avec adresse et numéro de téléphone ;
 - la dernière ordonnance médicale.
-
- 1 chèque de provision de 5 fois le tarif journalier x par le nombre de jours à l'ordre du trésor public
 - 27.85 € x 5 = **139.25 €**

PRIX DE JOURNEE 2021

Pour les résidents de + 60 ans du **département de l'Allier** :

Hébergement :	52.73 €
Ticket modérateur (GIR 5-6)	<u>5.63 €</u>
<u>Total</u>	<u>58.36 €</u>

- Soit pour un mois de 31 jours : **1 809.16€**
- Soit pour un mois de 30 jours : **1 750.80€**

Pour information, la prestation autonomie (A.P.A) est versée sous forme de dotation globale à l'établissement.

Accueil de jour à l'unité ALZHEIMER : **27.85 €**
(- 10 € versé par le Conseil Départemental de l'Allier et 15 € de frais de transport pour 1 aller/retour si non résidant à HÉRISSEON.

Accueil temporaire à l'unité ALZHEIMER : **58.36€**
(- 10 € versé par le Conseil Départemental de l'Allier)

Pour les résidents de -60 ans le prix de journée est de : **71.19€**
◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇

Pour les résidents de + 60 ans **hors Allier** et en fonction du mode de versement de l'A.P.A. par le Conseil Départemental de leur département d'origine (notion de domicile de secours).

Hébergement :	52.73 €
Dépendance GIR 1-2 :	<u>20.90 €</u>
<u>Total</u>	<u>73.63 €</u>

Hébergement :	52.73 €
Dépendance GIR 3-4 :	<u>13.26 €</u>
<u>Total :</u>	<u>65.99 €</u>

Hébergement :	52.73 €
Dépendance GIR 5-6 :	5.63€
<u>Total :</u>	<u>58.36 €</u>



ENGAGEMENT A PAYER

La somme des prestations décrites dans le contrat de séjour retenue à la date de signature du présent engagement est de :

Accueil de jour à l'unité ALZHEIMER : **27.85€**

Le prix de journée est fixé par arrêté du président du Conseil Départemental,

Je soussigné(e) ----- ,

déclare m'engager à régler les frais de séjour.

Fait à Hérisson, le -----

Le résident,

(signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé")

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

N° d'immatriculation

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

SITUATION FAMILIALE

Célibataire

Vit maritalement

Pacsé(e)

Marié(e)

Veuf (ve)

Séparé(e)

Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s)

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

OUI

NON

En cours

Si oui, laquelle : Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice

Mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (événement familial récent, décès du conjoint ...) :

ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur Madame

A NE REMPLIR QUE SI VOUS BENEFICIEZ D'UNE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE (TUTELLE, CURATELLE ...)

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

REGLEMENT FINANCIER
ET MANDAT DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE
Relatif au paiement des factures d'hébergement

Entre Nom et Prénoms
Domicilié

Et l'EHPAD de HERRISSON représenté par Mme BALLOFFY Cécile, Directrice de l'EHPAD de HERRISSON.

Il est convenu ce qui suit :

1 – Dispositions générales :

Les hébergés et leur familles peuvent régler leur facture :

- **En numéraire**, à la Trésorerie de Cérilly Ainay Le Château – 27, rue Jean Jaurès – 03350 CERILLY
- **Par chèque Bancaire**, libellé à l'ordre du Trésor Public, accompagné du talon détachable de la facture, à envoyer à l'adresse suivante : Trésorerie de Cérilly – 27 rue Jean Jaurès -0350 CERILLY (ou à remettre à l'accueil administratif de l'EHPAD)
- **Par mandat ou virement bancaire** sur le compte de la trésorerie de Cérilly : Banque de France 3001-00567-E034000000-13
- **Par prélèvement automatique** pour les hébergés et familles ayant souscrit un contrat de prélèvement automatique

Modalités d'adhésion au contrat : Pour un prélèvement au 20 du mois m+1, vous devez retourner votre demande avant le 01 du mois m-1.

Le prélèvement sera effectué au 20 du mois sur le compte bancaire redevable.

2 – Montant du prélèvement :

Le redevable optant pour le prélèvement automatique recevra mensuellement une facture indiquant le montant des frais à régler.

3 – Changement de compte bancaire :

Le redevable qui change de numéro de compte bancaire, d'agence, de banque ou de banque postale doit se procurer un nouvel imprimé d'autorisation de prélèvement (mandat) auprès de l'accueil administratif de l'EHPAD de HERRISSON le remplir et le retourner accompagné du nouveau relevé d'identité bancaire.

Si l'envoi a lieu avant le 1^{er} du mois M-1, le prélèvement aura lieu sur le nouveau compte dès le mois suivant M+1.

Dans le cas contraire, la modification interviendra le mois suivant.

4 – Changement d'adresse :

Le redevable qui change d'adresse doit en avertir sans délai l'accueil administratif de l'EHPAD.

5 – Renouvellement du contrat de prélèvement automatique :

Sauf avis contraire du redevable, le contrat de prélèvement est automatiquement reconduit, le redevable établit une nouvelle demande uniquement lorsqu'il avait dénoncé son contrat et qu'il souhaite à nouveau souscrire au prélèvement automatique.

6 – Echéances impayées :

Si un prélèvement ne peut être effectué sur le compte du redevable, il ne sera pas automatiquement représenté. Les frais de rejet sont à la charge du redevable.

L'échéance impayée est à régulariser auprès de la Trésorerie de CERILLY – AINAY LE CHATEAU, sous peine de poursuites assorties de frais.

7 – Fin de contrat :

Il sera mis fin automatiquement au contrat de prélèvement après 2 rejets consécutifs de prélèvement pour le même usager.

Le redevable qui souhaite mettre fin au contrat informe l'accueil administratif de l'EHPAD par lettre simple avant le 1^{er} du mois M-1 pour effet au mois M+1.

8 – Renseignements, réclamations, difficultés de paiement, recours :

Toute demande de renseignements concernant le décompte et le paiement des factures sont à adresser à l'accueil administratif de l'EHPAD (Tel : 04.70.06.80.02).

Pour l'EHPAD de HERRISSON,

Bon pour accord, le
Prélèvement automatique
A,

Le résident ou son représentant légal,

La Directrice,

Cécile BALLOFFY

UNITÉ ALZHEIMER DE HÉRISSON

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

EN VUE D'UNE ADMISSION

A faire impérativement remplir par un médecin

NOM :

Prénom :

Adresse et, le cas échéant, structure de soins où le patient est actuellement hospitalisé:

.....
.....
.....
.....

Date de naissance :

Poids :

Taille :

Créatininémie :

Nom, adresse et téléphone du **médecin traitant** :

Nom du **neurologue** :

Diagnostic justifiant la demande d'admission:

Date du diagnostic :

Le patient est inscrit au Réseau-Mémoire-Allier *

Les investigations suivantes ont-elles été réalisées ?

- Consultation mémoire date :
- Consultation neurologique date :
- Consultation psychiatrique date :
- Bilan neuropsychologique date :
- TDM encéphalique date :
- IRM encéphalique date :
- Bilan biologique date :
- Autres

Préciser :

.....

Traitements à visée neurologique et psychotropes :

.....
.....
.....
.....

* Si oui, cocher la case

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

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance) Prénom(s)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Date de naissance

MOTIF DE LA DEMANDE

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

Autres (préciser)

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

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

--	--

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

SOINS PALLIATIFS ALLERGIES Si oui, préciser

CONDUITES A RISQUE

PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE

NE SAIT PAS OUI NON

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, préciser (localisation, etc.)

Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

FONCTIONS SENSORIELLES

Cécité

Surdité

RISQUE DE FAUSSE ROUTE

REEDUCATION

Kinésithérapie

Orthophonie

Autre (préciser)

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

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

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

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

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

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

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

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

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

Nom Prénom(s)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Date

Signature

cachet du
médecin

Antécédents :

- médicaux :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- chirurgicaux :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- allergies et intolérances :

.....
.....
.....

Traitement actuel (exceptés les médicaments à visée neurologique et les psychotropes) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Remarques particulières :

Cachet et signature du médecin