



Maison de Retraite Publique **MON REPOS**

Etablissement Hébergeant des Personnes Agées

CONTRAT DE SEJOUR **Hébergement Permanent**



EHPAD MON REPOS

5 Place Jean RIMBERT 63190 LEZOUX

☎ 04.73.73.28.28 – ✉ direction@mrmonrepos.fr

🌐 www.ehpadmonrepos-lezoux.fr

Le contrat de séjour formalise la relation entre la personne accueillie et l'établissement. Il définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement, dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement.

Conseils de la vie sociale du 28/06/2006, du 14/10/2015, du 18/10/2016, du 13/10/2017, du 24/04/2018, du 16/10/2018 et du 30/06/2020, 19/09/2023, 06/02/2024 - CVS du 15.04.2025 et CA du 17.04.225 : Mise à jour des conditions concernant la restitution du dépôt de garantie. /CVS du 14.10.2025 : Recueil du consentement à la vaccination / CVS du 20 janvier 2026 : Formulaire « Soins dentaires »

Conseils d'administration du 24/10/2006, du 01/07/2008, du 15/10/2015, du 19/10/2016, du 17/10/2017, du 26/04/2018, du 26/10/2018 et du 30/06/2020, 12/10/2023, 25.01.2024

Mise à jour des tarifs au 01/01/2022, 01/05/2023, 18/03/2024, 06/05/2025/CA du 19 juin 2025 : tarifs différenciés/ Tarifs 2026 : **CA et CVS du 23 juin 2026**

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	18
		Date	17.06.2026

SOMMAIRE

I. CONDITIONS D'ADMISSION	5
II. DUREE DU SEJOUR	5
III. PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT	6
3.1 Prestation d'administration générale	6
3.2 Description du logement et du mobilier fourni par l'établissement	6
3.3 Changement de chambre	7
3.4 Restauration	7
3.5 Le linge et son entretien	7
3.6 Distribution du courrier destiné aux résident(e)s	8
3.7 Wi-Fi	8
3.8 Animation	8
3.9 Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne	8
3.10 Dispositifs médicaux et prestations à domicile	9
IV. SOINS ET SURVEILLANCE MEDICALE ET PARAMEDICALE	9
V. COUT DU SEJOUR	11
5.1 Frais d'hébergement	11
5.2 Frais liés à la dépendance	12
VI. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION	12
6.1. Hospitalisation et absences pour convenances personnelles	12
6.2. Facturation en cas de résiliation du contrat	13
6.3. Facturation au décès du résident	13
6.4. Etat des lieux et dépôt de garantie	15
VII. REVISION ET RESILIATION DU CONTRAT	15
7.1 Révision	15
7.2 Délai de rétractation	15
7.3 Résiliation à l'initiative du résident	16
7.4 Résiliation à l'initiative de l'établissement	16
VIII. REGIME DE SURETE DES BIENS ET SORT DES BIENS MOBILIERS EN CAS DE DEPART OU DE DECES	17
8.1 Régime de sûreté des biens	17
8.2 Biens mobiliers non repris après un départ ou non réclamés par les ayant-droits après un décès	18
IX. ASSURANCES	19
X. ACTUALISATION DU CONTRAT DE SEJOUR	19
Annexe 1 : Tarifs EHPAD 2026	22
Annexe 2 : Engagement à payer	25
Annexe 3 : Prises de vues	26
Annexe 4 : Dispositifs médicaux en location et prestations préexistants au domicile du résident avant son entrée dans l'établissement	27
Annexe 5 : Formulaire « choix du médecin traitant »	28
Annexe 6 : Formulaire « Etat des lieux d'entrée et de sortie/Dépôt de garantie »	32
Annexe 7 : « Recueil du consentement à la vaccination »	33
Annexe 8 : Formulaire « Soins dentaires »	34

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	CONTRAT DE SEJOUR	Version	18
		Date	17.06.2026

Le contrat de séjour définit les droits et les obligations de l'établissement et du résident avec toutes les conséquences juridiques qui en résultent.

Les particuliers appelés à souscrire un contrat de séjour peuvent, lors de la signature, se faire accompagner de la personne de leur choix et font connaître à l'établissement le nom et les coordonnées de la personne de confiance au sens de l'article L1111-6 du code de la santé, s'ils en ont désigné une.

Le contrat est établi en tenant compte des mesures et décisions administratives, judiciaires, médicales adoptées par les instances ou autorités compétentes. Il les cite en références et ne peut y contrevenir. Il est remis à chaque personne, et, le cas échéant, à son représentant légal, au plus tard dans les 15 jours qui suivent l'admission.

L'EHPAD de LEZOUX est un établissement public social et médico-social (EPSMS) autonome.

Son habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et/ou de l'allocation personnalisée d'autonomie lui permet d'accueillir les personnes qui en font la demande et qui remplissent les conditions d'admission.

Les personnes hébergées peuvent faire une demande d'allocation personnalisée d'autonomie pour couvrir une partie des frais des tarifs journaliers dépendance.

L'établissement répond aux normes pour l'attribution de l'allocation logement, permettant aux résidents qui remplissent les conditions nécessaires d'en bénéficier.

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	18
		Date	17.06.2026

Le contrat de séjour est conclu entre :

D'une part,

L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes « *Mon Repos* »,
représenté par son directeur,

Et d'autre part,

Mme ou/et M
(Indiquer Nom(s) et Prénom(s))

Né(e) le à

Dénommé(es) le(s) / la résident(es), dans le présent document.

Le cas échéant, représenté par M ou Mme (indiquer, Nom, Prénom, date et lieu de
naissance, adresse, éventuellement lien de parenté ou personne de confiance)

.....
.....

Dénommé(e) le représentant légal (préciser : tuteur, curateur..., joindre photocopie du
jugement).

Il est convenu ce qui suit.

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	18
		Date	17.06.2026

I. CONDITIONS D'ADMISSION

L'admission est prononcée par le Directeur de l'Etablissement, après présentation :

- **Du dossier Administratif**, comprenant :

- Une photocopie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance,
- La carte vitale accompagnée de l'attestation d'affiliation à la Sécurité Sociale,
- La carte de mutuelle,
- Les justificatifs de ressources,
- L'avis d'imposition ou de non imposition de l'année en cours ;

Le dossier social permet à l'établissement d'aider le résident à rechercher les possibilités d'allocation logement et au Conseil Départemental d'estimer le montant de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) à laquelle il pourra éventuellement prétendre.

- **Du dossier médical**, rempli par le médecin traitant ou par le médecin du service d'hospitalisation selon le cas.

Au vu de ce dossier, un médecin de l'établissement émet un avis favorable ou défavorable dont dépend la décision d'admission.

L'éventuelle affectation dans l'un de nos services spécialisés est également appréciée par un médecin de l'établissement.

II. DUREE DU SEJOUR

Le présent contrat est conclu pour :

- une durée indéterminée à compter du

La date d'entrée du résident est fixée par les deux parties.

Elle correspond, sauf cas de force majeure, à la date de départ de la facturation des prestations d'hébergement, même si le résident décide d'arriver à une date ultérieure.

Si le résident ne peut pas intégrer l'établissement suite à la décision d'admission, une **réservation de la chambre** peut être effectuée.

Le coût de cette réservation correspond au tarif hébergement déduction faite des repas, à compter du jour où la future chambre est attribuée.

Par ailleurs, le tarif dépendance n'est pas dû pendant la période de réservation.

La durée maximale de la réservation est fixée à 30 jours.

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	18
		Date	17.06.2026

III. PRESTATIONS ASSUREES PAR L'ETABLISSEMENT

Les modalités de fonctionnement sont définies dans le document "**Règlement de fonctionnement**" joint et remis au résident avec le présent contrat.

Tout changement dans les prestations assurées par l'établissement doit faire l'objet d'un avenant.

Les tarifs résultants d'une décision des autorités de tarification (Conseil Départemental, ARS) et qui s'imposent à l'établissement font l'objet d'un document annexé au présent contrat, porté à la connaissance du résident ou de son représentant légal. Toutes modifications leur sont communiquées. Ce document organise le rattrapage du paiement du tarif hébergement quand il est fixé après le 1^{er} janvier de l'année en cours par le Président du Conseil Départemental.

3.1 Prestation d'administration générale

La gestion administrative de l'ensemble du séjour, l'élaboration et le suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants ainsi que les prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale sont inclus dans le prix de journée.

Sont également inclus :

- tous les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée ;
- état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de l'établissement
- tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et la personne de confiance, ainsi qu'avec les services administratifs permettant l'accès aux droits, notamment les frais administratifs de correspondance pour les différents dossiers dont la couverture maladie universelle (CMU), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), l'aide sociale à l'hébergement et l'allocation logement.

3.2 Description du logement et du mobilier fourni par l'établissement

A la date de la signature du contrat, le logement n° du service..... est attribué à M.....

L'établissement assure toutes les tâches de ménage et les petites réparations, réalisables par l'équipe technique de la structure.

Le résident, peut apporter des effets et du petit mobilier personnel s'il le désire (fauteuil, table, chaise, bibelots, photos...) en veillant à respecter un dégagement suffisant pour permettre les soins et l'entretien de la chambre.

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	18
		Date	17.06.2026

Lors de toute sortie définitive, la chambre doit être libérée et vidée de tous ses effets personnels (vêtements, mobiliers ...) sous 48 heures par la famille ou le représentant légal dans la mesure du possible.

La fourniture de l'électricité, du chauffage et de l'eau est à la charge de l'établissement.

A l'entrée, un forfait est facturé pour toute la durée du séjour. Un numéro personnel est attribué et permet de recevoir directement les communications téléphoniques.

Pour téléphoner vers l'extérieur, il sera nécessaire d'acheter des unités auprès du Bureau des Entrées.

La redevance TV le cas échéant, est à la charge du résident.

3.3 Changement de chambre

Des changements de chambre peuvent être effectués pour raison de santé ou de sécurité des résidents. Le résident en sera bien sûr informé. Le représentant légal du résident en sera informé et/ou son entourage (avec l'accord du résident).

3.4 Restauration

La prestation de restauration assure les petits déjeuners, déjeuners et dîners ainsi que des collations au milieu de l'après-midi et, le cas échéant, une collation nocturne.

Les repas (petit-déjeuner, déjeuner, dîner) sont pris en salle de restaurant sauf si l'état de santé du résident justifie qu'ils soient pris en chambre. Une collation est servie durant l'après-midi.

Les régimes alimentaires prescrits par ordonnance sont pris en compte.

3.5 Le linge et son entretien

Un trousseau indicatif vous est conseillé lors de votre entrée. Pour plus de renseignements, s'adresser à l'accueil.

Le linge domestique (draps, serviettes de toilette, serviettes de table...) est fourni et entretenu par l'établissement.

Les personnes qui le souhaitent peuvent apporter leur linge de toilette personnel.

Le linge personnel est entretenu par l'établissement, sans frais supplémentaires. Le marquage nom, prénom et nom du service est effectué à l'aide d'étiquettes tissées dès l'admission du résident.

Chaque apport de linge en cours de séjour doit impérativement être signalé aux agents du service afin de leur permettre de faire procéder à son marquage, faute de quoi il n'est pas possible de réattribuer les vêtements à leur possesseur après lavage.

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	18
		Date	17.06.2026

Compte-tenu du caractère semi-industriel de la blanchisserie, ***il n'est pas possible pour l'établissement de prendre en charge le lavage ou le nettoyage des vêtements contenant de la laine, et ce quel qu'en soit le pourcentage. Il en va de même pour les vêtements en chlorofibres type Damart.***

Les étiquettes de vêtements portant un cuvier barré ou un cuvier avec une main plongeant dans l'eau sont, par exemple, des indications empêchant le traitement du linge dans la buanderie de l'établissement.

Les vêtements de ce type qui peuvent faire partie d'un trousseau, malgré les restrictions posées ci-dessus quant à leur entretien, ***doivent alors être pris en charge par le résident, sa famille ou sa personne de confiance.***

3.6 Distribution du courrier destiné aux résident(e)s

Dans le cadre d'une convention signée avec La Poste, le bureau d'accueil de l'établissement est chargé de recevoir les envois postaux à l'attention des résident(e)s, y compris ceux remis contre signature. L'établissement s'engage à les leur remettre.

Les envois postaux remis contre signature refusés par les résidents(e)s seront rendus à La Poste sans avoir été ouverts.

3.7 Wi-Fi

Une connexion Wi-Fi est disponible pour les résidents et leurs familles. Des codes d'accès nominatifs sont à demander au Bureau des Entrées.

Un ordinateur est mis à disposition des résidents qui le souhaitent au P'tit Café.

3.8 Animation

Les actions d'animation régulièrement organisées dans l'établissement ne donnent pas lieu à facturation.

Pour certaines activités extérieures, une participation peut être demandée (sorties, restaurants ...).

3.9 Aides à l'accompagnement des actes essentiels de la vie quotidienne

Les aides qui peuvent être apportées au résident concernent :

- La toilette,
- Les autres soins quotidiens du corps (coiffage, rasage, ...),
- L'alimentation,
- L'habillement,

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	18
		Date	17.06.2026

- Les déplacements dans l'enceinte de l'établissement et toutes mesures favorisant le maintien voire le développement de l'autonomie (certains déplacements à l'extérieur de l'établissement, ateliers d'animation...).

L'établissement accompagnera le résident dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie en recherchant la participation de celui-ci chaque fois que possible, dans l'objectif de rétablir ou de maintenir le plus haut niveau possible d'autonomie.

Les autres déplacements à l'extérieur de l'établissement et notamment les consultations chez les médecins spécialistes, le dentiste ou dans les établissements de santé, sont à la charge du résident et de sa famille. Cette dernière sera informée des rendez-vous afin de pouvoir s'organiser.

Dans l'hypothèse où l'accompagnant ne peut pas se déplacer, la personne pourra être conduite, soit en véhicule sanitaire léger (si son état le permet), soit en ambulance à ses frais et sur prescription médicale.

3.10 Dispositifs médicaux et prestations à domicile

Durant toute la durée du séjour dans l'EHPAD Mon Repos, les dispositifs médicaux (fauteuils roulant, médicaments, matériels médicaux, compléments nutritionnels oraux, etc.) sont pris en charge dans le cadre du forfait soins de l'établissement.

Dès l'entrée en établissement, il revient au résident, sa famille ou son représentant légal d'interrompre le dispositif médical auparavant mis en place au domicile (locations, soins, etc.).

L'annexe 4 de ce contrat est à compléter afin d'attester que le résident, famille et/ou représentant légal a été informée de cette disposition.

IV. SOINS ET SURVEILLANCE MEDICALE ET PARAMEDICALE

□ Choix du médecin traitant

En application de l'article L.314-12 du code de l'Action Sociale et des Familles, porté par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la personne accueillie en EHPAD a le libre choix de son médecin traitant.

Un formulaire qualité référence ACCU-Form-001_23 en annexe 5, a pour objet de permettre à la personne accueillie de choisir son médecin traitant et de respecter son choix.

L'établissement assure une permanence 24h/24h par la présence d'un infirmier, de personnel de nuit et d'un système d'appel malade.

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	18
		Date	17.06.2026

Les mesures médicales et thérapeutiques figurent dans le dossier médical de la personne prise en charge.

L'établissement a opté pour l'option **forfait global de soins**, ce qui signifie qu'il prend en charge la quasi-totalité des dépenses de soins.

La prise en charge couvre, outre la rémunération des médecins :

- Les produits pharmaceutiques,
- Les soins infirmiers et les interventions des autres auxiliaires médicaux,
- La fourniture du petit matériel et des produits usuels,
- Les investigations biologiques courantes limitées aux bandelettes utilisables par les infirmières.

Le matériel médical spécifique, fauteuils roulants, cadres de marche, lits à hauteur variable, est fourni par l'établissement sauf les équipements très adaptés à une personne, en raison d'un handicap ou d'une stature très spécifique.

Les dépenses non comprises et donc à la charge du résident sont :

- Les honoraires des spécialistes,
- Les soins donnés à l'extérieur de l'Etablissement (séances de radiothérapie par exemple),
- Les soins dentaires,
- Les scanners et IRM,
- Les transports sanitaires (**pour les rendez-vous à l'extérieur de l'établissement** : dentiste, opticien, audioprothésiste, etc.),

Concernant ces rendez-vous, l'établissement n'a pas la possibilité de mettre à disposition du personnel pour vous accompagner, c'est pourquoi, il vous appartient de prendre vos dispositions.

- Les frais de pédicure,
- Les bas de contention sur mesure,
- Les médicaments qui ne sont pas agréés à l'usage des collectivités publiques (exemple : homéopathie).

Un service « ambulance et taxis » est assuré par les entreprises agréées des environs selon le libre choix de chaque résident ou de sa famille.

De plus, il appartient au résident et/ou à sa famille de fournir et de renouveler autant de fois que nécessaire :

- les produits d'hygiène corporels (shampooing, savon, gel douche, crème hydratante, etc.)
- les produits pour l'hygiène bucco-dentaire (brosse à dents, tube de dentifrice, produits pour les appareils dentaires, etc.).

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	18
		Date	17.06.2026

Dans le but de prévenir les chutes, il est important que chaque résident bénéficie d'un chaussage adapté (chaussures fermées, tenant bien le pied, sans lacet, sans talons et confortables).

Conformément au décret n° 2016-1743 du 15 décembre, dès lors que des mesures individuelles visant à assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et à promouvoir l'exercice de sa liberté d'aller et venir seront prises par l'établissement, une annexe au contrat de séjour sera établie entre l'établissement et le résident ou son représentant légal.

V. COUT DU SEJOUR

L'établissement bénéficie d'une Convention Tripartite avec le Conseil Départemental et l'Assurance Maladie. Il est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Par conséquent, les décisions tarifaires et budgétaires annuelles des autorités de tarification s'imposent à l'établissement comme à chacun des résidents qu'il héberge. Elles sont portées à leur connaissance individuellement et collectivement à travers leur représentation au sein du Conseil de la Vie Sociale.

Le prix de journée est un montant journalier fixé annuellement par arrêté du Président du Conseil Départemental du Puy-de-Dôme. Il ne peut être rétroactif.

Dans le cas où les tarifs n'ont pas été arrêtés avant le 1^{er} janvier de l'exercice en cause, et jusqu'à l'intervention de la décision fixant le montant de ces tarifs, les recettes relatives à la facturation desdits tarifs journaliers sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent.

Les modifications du prix de journée sont notifiées individuellement par note jointe à la première facturation suivant la signature de l'arrêté.

Après délibération du Conseil d'Administration du 19 juin 2025 et en vertu de la loi du 8 avril 2024, l'établissement applique un **tarif différencié à partir du 1^{er} septembre 2025** pour tous les nouveaux résidents ne bénéficiant pas de l'aide sociale à l'Hébergement.

Les tarifs figurent en annexe de ce présent contrat de séjour et sont révisés annuellement.

5.1 Frais d'hébergement

Le tarif hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien, d'activités de la vie sociale de l'établissement.

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	18
		Date	17.06.2026

Les prestations hôtelières décrites ci-dessus sont facturables selon une tarification fixée chaque année par Arrêté du Président du Conseil Départemental.

A la date de conclusion du présent contrat, il est de euros nets par journée d'hébergement. Il est révisé au moins chaque année et communiqué à chaque changement aux résidents.

Les frais d'hébergement sont payables mensuellement au début de chaque mois pour le mois précédent, par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public ou par prélèvement automatique sauf pour les résidents bénéficiant de l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH).

S'agissant des résidents relevant de l'aide sociale, ceux-ci doivent s'acquitter eux-mêmes de leurs frais de séjour dans la limite de 90% de leurs ressources. 10% des revenus personnels restent donc à la disposition de la personne âgée sans pouvoir être inférieurs à 1% du minimum social annuel.

Toute évolution législative ou réglementaire concernant l'habilitation à l'aide sociale rend caduque le présent contrat et conduit à la conclusion d'un nouveau contrat de séjour.

5.2 Frais liés à la dépendance

En fonction de leur dépendance (évaluation AGGIR) et du niveau de leurs ressources, les résidents peuvent bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), versée par le Président du Conseil Départemental. Les résidents classés en GIR 5/6 n'ont pas droit au bénéfice de l'APA.

Cette allocation permet de couvrir en partie, le coût du tarif dépendance, arrêté et facturé dans les mêmes conditions que le tarif hébergement et en sus. Une participation reste à la charge du résident : son montant minimal est constitué par le tarif GIR 5/6 de l'établissement, participation qui peut être éventuellement plus élevée selon les ressources du résident.

Le tarif dépendance est révisé chaque année et est communiqué aux résidents à chaque changement.

VI. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION

Le coût du séjour reste dû en cas d'absence.

6.1. Hospitalisation et absences pour convenances personnelles

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	18
		Date	17.06.2026

En cas d'aggravation de son état de santé, l'hospitalisation du résident peut être décidée sur avis médical.

Des règles de facturation spécifiques s'appliquent à tous les résidents, qu'ils soient bénéficiaires ou non de l'Aide Sociale.

	Hébergement	Dépendance (GIR 5/6) Ticket modérateur
Hospitalisation	Dès le 4ème jour (au-delà de 72 heures), paiement du prix de journée minoré du forfait hospitalier par jours d'absence sans limite de durée.	Pas de paiement du ticket modérateur à partir du 4ème jour (au-delà de 72 heures).
Vacances	Dès le 4ème jour (au-delà de 72 heures), paiement du prix de journée diminué de deux fois le minimum garanti par jours d'absence dans la limite de 30 jours dans l'année civile.	
	Dépendance APA (GIR 1/2 et 3/4)	
Hospitalisation et vacances	*Maintien de la facturation pendant 30 jours d'absence minorée du ticket modérateur (GIR 5/6) dans les conditions prévues par l'article R.232-32 du C.A.S.F. *Au-delà des 30 jours suspension de la facturation *Reprise du paiement sans nouvelle demande, à compter du 1 ^{er} jour du mois au cours duquel l'intéressé n'est plus hospitalisé.	

6.2. Facturation en cas de résiliation du contrat

En cas de départ volontaire, la facturation court jusqu'à échéance du préavis d'un mois.

6.3. Facturation au décès du résident

La famille et les proches disposent d'un délai maximal de 6 jours à compter de la date du décès du résident pour retirer les affaires personnelles de la chambre. Chaque jour est facturé sur la base du prix de journée hébergement déduction faite des frais de restauration (article R.314-149 du CASF).

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	18
		Date	17.06.2026

Si les affaires n'ont pas été retirées au 7^{ème} jour, le personnel se verra dans l'obligation de les stocker en bagagerie pendant un délai maximal d'un mois.

L'établissement ne conserve pas les vêtements. Des filières de recyclage sont disponibles à proximité.

6.4. Etat des lieux et dépôt de garantie

Un état des lieux d'entrée et de sortie est effectué dans chaque chambre louée.

Une check-list visée par les services techniques permet d'attester la remise en état de la chambre.

Un formulaire (cf. ADM-Form-013_23 « Etat des lieux d'entrée et de sortie » en annexe 6), permet de réaliser sur le même document, l'état des lieux d'entrée et de sortie.

□ Etat des lieux d'entrée

Un état des lieux d'entrée est réalisé au plus tard le jour de l'admission par le bureau des entrées.

A l'entrée, si la personne accueillie ne peut signer le document et si le représentant légal est absent, le bureau des entrées remplit le document et l'envoie par mail pour signature à son représentant légal.

En cas de réservation de chambre, l'état des lieux peut être réalisé dès que la chambre est prête.

Le formulaire est signé :

- Par le résident ou son représentant légal,
- Par la personne ayant réalisé l'état des lieux,
- Par la Direction.

Une fois complété, le formulaire est classé dans le dossier administratif du résident par le bureau des entrées. Une copie est adressée au résident et à son représentant légal.

□ Etat des lieux de sortie

L'état des lieux de sortie est réalisé par le bureau des entrées dans un délai de 6 jours à compter de la date de départ du résident.

Au-delà, l'état des lieux de sortie sera fait de façon unilatérale par l'EHPAD.

Le bureau des entrées adresse, par mail, une copie de l'état des lieux de sortie aux services techniques permettant d'anticiper les travaux à réaliser.

Une copie sera également adressée au Directeur-Adjoint ainsi qu'au cadre de santé du service concerné.

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	18
		Date	17.06.2026

□ Changement de chambre

En cas de changement de chambre au cours du séjour, un état des lieux de sortie devra être effectué ainsi qu'un nouvel état des lieux d'entrée dans la nouvelle chambre.

□ Dépôt de garantie

Le dépôt de garantie est demandé pour couvrir les éventuelles détériorations survenues au cours du séjour.

Encaissement le jour de l'admission du dépôt de garantie, représentant le montant d'un loyer mensuel au tarif hébergement en vigueur.

La restitution du dépôt de garantie s'effectuera dans les **30 jours** suivant la sortie, déduction faite d'éventuels travaux de rénovation de la chambre ou d'une éventuelle créance.

Toutefois, en cas de décès, la restitution du dépôt de garantie ne pourra être effectuée qu'à partir du moment où le notaire chargé de la succession prendra contact avec l'établissement. La restitution du dépôt de garantie pourra alors intervenir dans un délai supérieur à 30 jours, dans l'attente du courrier du notaire.

L'établissement tient compte de l'usure normale liée à l'occupation et à l'état de santé du résident.

VII. REVISION ET RESILIATION DU CONTRAT

7.1 Révision

Les changements des termes initiaux du contrat font l'objet d'avenants ou de modifications conclus dans les mêmes conditions.

7.2 Délai de rétractation

Conformément à l'article L. 311-4-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), la personne hébergée ou, le cas échéant, son représentant légal peut exercer par écrit un droit de rétractation dans les quinze jours qui suivent la signature du contrat, ou l'admission si celle-ci est postérieure, sans qu'aucun délai de préavis puisse lui être opposé et sans autre contrepartie que l'acquittement du prix de la durée de jour effectif.

Passé le délai de rétractation, la personne accueillie ou, le cas échéant, son représentant légal, peut résilier le contrat de séjour par écrit à tout moment. A compter de la notification de sa décision de résiliation au gestionnaire de l'établissement, elle dispose d'un délai de réflexion de quarante-huit heures pendant lequel elle peut retirer cette décision sans avoir à

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	CONTRAT DE SEJOUR	Version	18
		Date	17.06.2026

justifier d'un motif. Ce délai de réflexion s'impute sur le délai de préavis qui peut lui être opposé.

7.3 Résiliation à l'initiative du résident

Passé le délai de rétractation susmentionné, le présent contrat peut être résilié à tout moment, à l'initiative du résident ou de son représentant légal.

La résiliation doit être notifiée à la Direction de l'établissement par lettre contre récépissé ou par lettre recommandée avec accusé de réception et moyennant un préavis d'un mois de date à date, calculé à partir de la date de réception par l'établissement. Le logement est libéré au plus tard à la date prévue pour le départ.

Le délai est réduit à 8 jours en cas de transfert vers un autre établissement.

7.4 Résiliation à l'initiative de l'établissement

*** Inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil**

En l'absence de caractère d'urgence, si l'état de santé du résident ne permet plus le maintien dans l'établissement, la Direction prend toute mesure appropriée en concertation avec les parties concernées, le médecin traitant s'il en existe un et un médecin de l'établissement.

Le Directeur de l'établissement peut résilier le présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception. Le logement est libéré dans un délai de trente jours.

En cas d'urgence, le Directeur de la maison de retraite prend toute mesure appropriée sur avis d'un médecin de l'établissement ou du médecin de garde. Si, passée la situation d'urgence, l'état de santé du résident ne permet pas d'envisager un retour dans l'établissement, le résident et/ou son représentant légal sont informés par le Directeur dans les plus brefs délais de la résiliation du contrat qui est confirmée par lettre recommandée avec accusé de réception. Le logement est libéré dans un délai de trente jours après notification de la décision.

*** Non respect du règlement de fonctionnement, et/ou du présent contrat**

L'inexécution par le résident d'une obligation prévue au contrat ou de manquement grave et répété au règlement de fonctionnement (exemple : non-respect des règles de vie collective telles que l'interdiction de fumer à l'intérieur des locaux, le non-respect de ses voisins et du personnel, etc.) peut entraîner la résiliation du présent contrat.

*** Incompatibilité avec la vie collective**

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	CONTRAT DE SEJOUR	Version	18
		Date	17.06.2026

Des faits sérieux et préjudiciables peuvent motiver une décision de résiliation pour incompatibilité avec la vie en collectivité. Dans ce cas, un entretien personnalisé sera organisé avec l'intéressé accompagné éventuellement de la personne de son choix et/ou de son représentant légal et/ou de la personne de confiance.

*** Résiliation pour défaut de paiement**

Le paiement du tarif journalier est une obligation incombant au résident au titre du contrat de séjour. Tout retard de paiement égal ou supérieur à 30 jours après la date d'échéance fera l'objet d'un entretien personnalisé entre le Directeur et la personne intéressée ou son représentant légal, éventuellement accompagnée d'une autre personne de son choix.

En cas d'échec de cette entrevue, une mise en demeure de payer sera notifiée au résident et/ou son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception.

La régularisation doit intervenir dans un délai de 30 jours à partir de la notification du retard. A défaut, le logement est libéré dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la résiliation du contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

VIII. REGIME DE SURETE DES BIENS ET SORT DES BIENS MOBILIERS EN CAS DE DEPART OU DE DECES

Le régime de sûreté des biens et du sort des biens mobiliers en cas de départ ou décès applicable est celui prévu par les articles L1113-1 à L1113-10 et R1113-1 à R1113-9 du Code de la Santé Publique.

8.1 Régime de sûreté des biens

Tout résident est invité, lors de son entrée, à effectuer le dépôt des choses mobilières dont la nature justifie la détention durant son séjour dans l'établissement. Ce dépôt s'effectue entre les mains du comptable public ou d'un régisseur désigné à cet effet lorsqu'ils concernent des sommes d'argent, des titres et valeurs mobilières, des moyens de règlement ou des objets de valeur. Les autres objets sont déposés entre les mains d'un agent désigné à cet effet par la direction de l'établissement.

L'établissement est alors responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets déposés entre les mains des préposés commis à cet effet ou d'un comptable public. Cette responsabilité s'étend sans limitation aux objets de toute nature détenue, lors de leur entrée dans l'établissement, par les personnes hors d'état de manifester leur volonté et qui, de ce fait, se trouvent dans l'incapacité de procéder aux formalités de dépôt classiques. Dans ce cas, ces formalités sont accomplies par le personnel de l'établissement.

Les disponibilités, valeurs, moyens de paiement et biens mobiliers conservés par le résident dans sa chambre ne sont pas placés sous la responsabilité de l'établissement. L'ensemble des biens conservés dans sa chambre par la personne hébergée restent placés sous sa responsabilité pleine et entière.

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	18
		Date	17.06.2026

L'établissement n'est donc pas responsable du vol, de la perte ou de la détérioration des biens détenus par le résident y compris dans le cas des prothèses dentaires, auditives ainsi que les lunettes. Sa responsabilité ne serait retenue que dans le cas où une faute serait établie à son encontre ou à celle des personnels dont il doit répondre. La preuve de la faute est à la charge du demandeur.

Le résident et/ou son représentant légal certifie avoir reçu l'information écrite et orale sur les règles relatives aux biens et aux objets personnels, en particulier sur les principes gouvernant la responsabilité de l'établissement et ses limites, en cas de vol, de perte ou de détérioration de ces biens.

8.2 Biens mobiliers non repris après un départ ou non réclamés par les ayant-droits après un décès

Le résident et/ou son représentant légal sont informés par le présent article des conditions de retrait et de conservation des objets lui appartenant en cas de décès ou de départ définitif. La procédure varie en fonction du statut d'admission de le résident.

8.2.1 Décès ou départ définitif de la personne hébergée à titre payant

Les sommes d'argent, titres et valeurs mobilières, moyens de règlement ou objets de valeur abandonnés à la sortie ou au décès de leurs détenteurs sont déposés entre les mains des préposés commis à cet effet ou d'un comptable public par le personnel de l'établissement. Les autres objets sont déposés entre les mains d'un agent désigné à cet effet par le directeur de l'établissement.

Ils sont remis aux héritiers sur justification de leurs droits, ou au notaire chargé de la succession pendant une année à compter de la date de décès.

Les objets laissés à l'établissement après un départ ou non réclamés par les héritiers d'une personne décédée sont considérés comme abandonnés dès lors qu'un an après le décès ou le départ définitif, l'EHPAD n'aurait reçu aucune information sur les conditions de leur enlèvement ou de leur retrait. Ils sont alors remis à la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC). Pour les autres objets mobiliers, la remise s'effectue auprès de l'autorité administrative chargée du domaine aux fins d'être mis en vente. Le propriétaire ou ses héritiers seront avisés de cette vente.

Le service des domaines peut refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans cette hypothèse les objets deviennent la propriété de l'établissement.

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	18
		Date	17.06.2026

8.2.2 Décès ou départ définitif de la personne hébergée au titre de l'aide sociale légale

Un inventaire est établi, dans les meilleurs délais après le décès, par deux agents de l'établissement dont un doit être si possible un agent de la régie.

Le numéraire et les valeurs inactives, objets de valeur sont placés sous la responsabilité du régisseur de l'EHPAD, dès la fin de l'inventaire. Le régisseur en délivre quittance.

Les autres objets peuvent être déménagés et entreposés dans un autre local en l'attente de la décision du département d'assistance qui recevra ultérieurement de la trésorerie principale de l'établissement les disponibilités et valeurs inactives évoquées ci-dessus.

IX. ASSURANCES

En qualité de structure à caractère public, l'établissement s'inscrit dans le cadre spécifique du droit et de la responsabilité administrative, pour ses règles de fonctionnement et l'engagement d'un contentieux éventuel. Il est assuré pour l'exercice de ses différentes activités, dans le cadre des lois et règlements en vigueur.

Ces assurances n'exonèrent pas le résident des dommages dont il pourrait être la cause. Il a donc été informé de l'obligation de souscrire à ses frais une assurance Responsabilité Civile individuelle et a présenté une police d'assurance signée de la société valide jusqu'auet s'engage à la renouveler chaque année.

Le résident certifie être informé de la recommandation qui lui a été faite de souscrire une assurance de ses biens et objets personnels contre le vol.

Le résident et/ou son représentant légal certifie avoir reçu l'information écrite et orale sur les règles relatives aux biens et objets personnels, en particulier sur les principes gouvernant la responsabilité de l'établissement et ses limites, en cas de vol, de perte ou de détérioration de ces biens.

X. ACTUALISATION DU CONTRAT DE SEJOUR

Toutes dispositions du présent contrat et des pièces associées citées ci-dessous sont applicables dans leur intégralité. Toute actualisation du contrat de séjour, approuvée par le Conseil d'Administration après avis du Conseil de la vie sociale, fera l'objet d'un avenant.

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	18
		Date	17.06.2026

Etabli conformément :

- À la loi du 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- Les articles L 311-4, L342-2, L342-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles
- Au décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge
- Aux dispositions contenues dans le règlement départemental d'aide sociale le cas échéant
- Aux dispositions contenues dans la convention tripartite pluriannuelle le cas échéant
- Aux délibérations du Conseil d'Administration
- A la loi N°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- A la loi N°2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation
- Au décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Au décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD mentionné au I de l'article L. 312-12 du code de l'action sociale et des familles
- Au décret N°2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD
- Au décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	18
		Date	17.06.2026

Pièces jointes au contrat :

Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article .. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal :

- Un livret d'accueil auquel est annexé une charte des droits et libertés de la personne hébergée,
- Le « règlement de fonctionnement » dont le résident et/ou son représentant légal déclarent avoir pris connaissance,
- Une annexe indicative relative aux tarifs et conditions de facturation,
- Une copie du jugement de tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice le cas échéant,
- Un avenant précisant les objectifs et les prestations adaptées à une prise en charge individuelle de la personne,
- L'attestation d'assurance de responsabilité civile et dommages accidents du résident,
- L'attestation de l'assurance dommages aux biens et objets personnels,
- Les directives anticipées sous pli cacheté le cas échéant,
- Un engagement de payer,
- Le formulaire de désignation de la personne de confiance le cas échéant,
- Le formulaire attestant la résiliation de la location de matériel médical à domicile,
- Le choix du médecin traitant,
- L'état des lieux d'entrée et de sortie,
- Le recueil du consentement à la vaccination,
- Le formulaire « soins dentaires ».

SIGNATURE DU CONTRAT

La réservation a lieu le :

L'entrée aura lieu le :

Je soussigné(e), M .ou Mme

.....

Certifie avoir pris connaissance des dispositions générales du présent contrat de séjour.

Fait à, le

Lu et approuvé,

**La Directrice,
E. MORIOU-VIGNAU**

**Le Résident : M.....
ou son représentant légal : M**

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	CONTRAT DE SEJOUR	Version	18
		Date	17.06.2026

Annexe 1 : Tarifs EHPAD 2026



TARIFS 2026

Le tarif dépendance est calculé chaque année en fonction du niveau de dépendance de la personne. Toutefois, en règle très générale, seul le tarif GIR 5/6 reste à la charge du résident, le complément étant presque toujours pris en charge au titre de l'A.P.A (Allocation Personnalisée d'Autonomie), **sauf si les revenus de l'intéressé dépassent 2 846.76 € mensuel**, auquel cas l'A.P. A devient dégressive.

TARIFS DIFFERENCIES (RESIDENTS PAYANTS ADMIS DEPUIS LE 1^{er} SEPTEMBRE 2025)

Applicables au 1^{er} Juillet 2026

<u>Chambre Individuelle</u>	GIR 1 – 2	GIR 3 – 4	GIR 5 – 6 (Ticket Modérateur)
Journée hébergement (1)	70.60 €	70.60 €	70.60 €
Journée dépendance (2)	21.35 €	13.55 €	5.75 €
Total journalier (1 + 2)	91.95 €	84.15 €	76.35 €
Tarif Journalier <u>à la charge du résident*</u> (Prix de Journée hébergement + Ticket Modérateur)	76.35 €		
Tarif mensuel <u>à la charge du résident*</u> (Tarif journalier sur 31 jours)	2 366.85 €		
* hors APA différentielle			

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	CONTRAT DE SEJOUR	Version	18
		Date	17.06.2026

<u>Chambre Double</u>	GIR 1 – 2	GIR 3 – 4	GIR 5 – 6 (Ticket Modérateur)
Journée hébergement (1)	64.89 €	64.89 €	64.89 €
Journée dépendance (2)	21.35 €	13.55 €	5.75 €
Total journalier (1 + 2)	86.24 €	78.44 €	70.64 €
Tarif Journalier <u>à la charge du résident*</u> (Prix de Journée hébergement + Ticket Modérateur)	70.64 €		
Tarif mensuel <u>à la charge du résident*</u> (Tarif journalier sur 31 jours)	2 189.84 €		
* hors APA différentielle			

Tarifs pour les résidents bénéficiant de l'Aide Sociale à l'Hébergement, et pour les résidents payants admis avant le 1^{er} septembre 2025

Applicables au 1^{er} juin 2026

<u>Chambre Individuelle</u>	GIR 1 – 2	GIR 3 – 4	GIR 5 – 6 (Ticket Modérateur)
Journée hébergement (1)	64.36 €	64.36 €	64.36 €
Journée dépendance (2)	21.35 €	13.55 €	5.75 €
Total journalier (1 + 2)	85.71 €	77.91 €	70.11 €
Tarif Journalier <u>à la charge du résident*</u> (Prix de Journée hébergement + Ticket Modérateur)	70.11 €		
Tarif mensuel <u>à la charge du résident*</u> (Tarif journalier sur 31 jours)	2 173.41 €		

*** hors APA différentielle**

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	CONTRAT DE SEJOUR	Version	18
		Date	17.06.2026

<u>Chambre Double</u>	GIR 1 – 2	GIR 3 – 4	GIR 5 – 6 (Ticket Modérateur)
Journée hébergement (1)	59.15 €	59.15 €	59.15 €
Journée dépendance (2)	21.35 €	13.55 €	5.75 €
Total journalier (1 + 2)	80.50 €	72.70 €	64.90 €
Tarif Journalier à la charge du résident* (Prix de Journée hébergement + Ticket Modérateur)	64.90 €		
Tarif mensuel à la charge du résident* (Tarif journalier sur 31 jours)	2 011.90 €		

** hors APA différentielle*

Tarifs Prestations diverses

Repas

Repas accompagnants : 9 euros par personne

Repas de fêtes (Noël...) : 17 euros par personne

Forfait hospitalier et vacances :

Forfait hospitalier : 23 euros par jour (Début dès le 3^{ème} jour d'Hospitalisation consécutif)

Forfait vacances : 8.70 euros par jour (début dès le 3^{ème} jour de vacances dans la limite de 30 jours dans l'année civile)

Forfait de mise à disposition téléphonique : 42 euros de frais de mise en route (payable une fois à l'admission)

Tarifs des communications téléphoniques (France uniquement) :

→ Vers téléphones mobiles :

- Forfait : 0.16 euros
- Puis 0.16 euros la minute

→ Vers téléphones fixe :

- Forfait : 0.13 euros
- Puis 0.03 euros la minute

Renouvellement du système d'accès sécurisé – Bracelet (perte, vols ou dégradation) : 5 euros

Reproduction de documents administratifs ou médicaux : 0.20 euros par page

Frais postaux engagés pour l'envoi de documents confidentiels en recommandé avec A/R : tarif en vigueur

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	CONTRAT DE SEJOUR	Version	18
		Date	17.06.2026

Annexe 2 : Engagement à payer

ENGAGEMENT DE PAYER DES FRAIS D'HEBERGEMENT A LA MAISON DE RETRAITE « MON REPOS »

L'état de santé de M

Domicilié(e) à :

.....

Nécessite son admission à compter du :

A la maison de retraite de :

Je soussigné(e)

NOM :Prénom(s) :

Domiciliée à

.....

☎ :

M'engageant en qualité de :

Parent (degré de parenté à préciser)

Représentant légal

Autre (à préciser).....

DECLARE

1) Reconnaître être informé (e) du prix de journée, s'élevant à.....€ par jour.
 (Tarif en vigueur à la date de signature de l'engagement)

2) M'engager :

- À assurer mensuellement le règlement des frais à la trésorerie de LEZOUX
- En cas de rejet de la demande d'aide sociale, à régler le montant correspondant à l'insuffisance de ressources de M.
- En cas d'admission partielle à l'aide sociale, à régler le montant de la contribution fixée par la Commission d'Aide Sociale

3) Avoir pris connaissance que le minimum des ressources prévu par l'article 142-1 du code de la famille et de l'aide sociale, doit être laissé à la disposition de M en cas d'admission à l'aide sociale.

Date :

Signature (*)

(*) Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé, bon pour engagement de€ par jour (en lettres et en chiffres).

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	CONTRAT DE SEJOUR	Version	18
		Date	17.06.2026

Annexe 3 : Prises de vues

L'article 9 du Code Civil garantit le droit au respect de la vie privée de chacun.

Des photographies sont réalisées lors des manifestations festives ou animations diverses.

Ces images peuvent être affichées dans l'établissement dans le cadre de la communication interne et/ ou publiées dans des supports de communications externes à l'établissement.

Tout résident a le droit d'interdire l'affichage ou la diffusion d'une prise de vue le concernant. Pour cela, il doit le préciser lors de la signature de ce présent contrat de séjour.

Dans le cas contraire, l'autorisation de prises de vues est supposée acquise et le résident renonce à toute poursuite judiciaire.

PARTIE A REMPLIR

Je soussigné(e),

NOM :Prénom(s) :

Le cas échéant, le représentant légal :

☐ Autorise l'EHPAD Mon Repos à afficher ou diffuser une photographie me représentant.

☐ N'autorise pas l'EHPAD Mon Repos à afficher ou diffuser une photographie me représentant.

Date :

Signature (*)

(*) Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ».

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	18
		Date	17.06.2026

Annexe 4 : Dispositifs médicaux en location et prestations préexistants au domicile du résident avant son entrée dans l'établissement

Durant toute la durée du séjour dans l'EHPAD Mon Repos, les dispositifs médicaux (fauteuils roulant, médicaments, matériels médical, compléments nutritionnels oraux, etc.) sont pris en charge dans le cadre du forfait soins de l'établissement.

Dès l'entrée en établissement, il revient au résident, sa famille ou son représentant légal d'interrompre le dispositif médical auparavant mis en place au domicile (locations, soins, etc.).

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

☐ Résident(e)

☐ Mandataire

☐ Représentant légal en qualité de :

Le paiement de matériel médical loué à domicile ne relève pas de l'EHPAD dans lequel le résident est admis que ce soit en hébergement temporaire ou en hébergement permanent.

Ainsi je déclare, au jour de l'entrée,

- **Ne pas avoir de matériel en location à domicile**, au bénéfice de Madame/ Monsieur (nom et prénom du résident) :
- **Avoir mis fin, le cas échéant aux prestations de soins infirmiers à domicile** pour la période du séjour dans l'EHPAD Mon Repos.

Je suis informé(e) que l'EHPAD Mon Repos, bénéficiaire d'une dotation globale versée par l'assurance maladie, assure déjà dans le cadre du séjour du résident, la fourniture des dispositifs médicaux et les soins à la personne.

J'ai bien noté que, durant toute la période du séjour, tout achat ou location de dispositifs médicaux réalisé par mes soins relevant de ceux fournis par l'EHPAD Mon Repos, resteront à ma charge.

Fait à **le**

Nom : **Prénom** :

Signature précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	18
		Date	17.06.2026

Annexe 5 : Choix du médecin traitant

En application de l'article L.314- 12 du code de l'Action Sociale et des Familles, porté par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la personne accueillie en EHPAD a le libre choix de son médecin traitant.

Ce formulaire a pour objet de permettre au résident(e) de choisir son médecin traitant et de respecter son choix.

Ce libre choix permet :

- Soit de conserver son médecin traitant ou tout autre médecin traitant de l'extérieur, sous réserve de son accord, pour ainsi intervenir dans l'établissement. Pour choisir son médecin traitant, le résident est informé sur l'identité des médecins pouvant intervenir au sein de l'établissement (**liste non exhaustive, jointe au présent avenant**).
- Soit de choisir un des deux médecins traitants attachés à l'établissement (Docteur MASSACRIER - Docteur VENEL)

Au cours du séjour, le résident(e) a la possibilité de changer de médecin traitant.

Afin de respecter votre choix, nous vous demandons de bien vouloir remplir le formulaire ci-dessous.

Je soussigné (e) :

NOM/ Prénom :
Résident,

Le cas échéant, représenté par :

NOM/Prénom :
En qualité de :

☐ Déclare choisir : le Docteur MASSACRIER Hélène ☐ ☐ le Docteur VENEL Sophie ☐ En qualité de médecin

Le Cerfa N°12485*03 (déclaration de choix du médecin traitant joint à ce formulaire) est à compléter, à signer et à retourner au bureau des entrées de l'établissement,

☐ Déclare avoir contacté le Docteur qui accepte d'être désigné « Médecin traitant » durant la durée de mon séjour.

Le Cerfa N°12485*03 (déclaration de choix du médecin traitant joint à ce formulaire) est donc à compléter, à signer par le médecin traitant choisi, et à retourner au bureau des entrées de l'établissement.

Fait à Lezoux, le

Le résident ou son représentant

La Direction

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	CONTRAT DE SEJOUR	Version	18
		Date	17.06.2026



N° 12485*03

DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

(article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules
inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

Identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire des soins

L'assuré(e)	
Nom de famille <i>(de naissance)</i> <i>suivi du nom d'usage, s'il y a lieu</i>	
Prénom	
N° de sécurité sociale	
Le bénéficiaire des soins	
Nom de famille <i>(de naissance)</i> <i>suivi du nom d'usage, s'il y a lieu</i>	
Prénom	
Date de naissance	
Adresse de l'assuré(e)	

Identification de la structure d'exercice et du médecin traitant

Raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement (*)	Nom et prénom du médecin traitant
	Nom
	Prénom
N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET)	Identifiant

(*) centre de santé, établissement ou service médico-social

Déclaration conjointe du bénéficiaire des soins et du médecin traitant

Le bénéficiaire (ou son représentant) et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

Bénéficiaire des soins (et/ou parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs - voir notice)	Médecin traitant
Je soussigné(e), M., Mme,	Je soussigné(e), Docteur
déclare choisir le médecin identifié ci-dessus comme médecin traitant	déclare être le médecin traitant du bénéficiaire cité ci-dessus
Signature(s)	Signature

Déclaration signée le

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

S 3704b

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-003_16
	<i>CONTRAT DE SEJOUR</i>	Version	18
		Date	17.06.2026

LISTE NON EXHAUSTIVE DES MEDECINS GENERALISTES DU SECTEUR

NOM	ADRESSE	TELEPHONE
Cabinet médical du Square	9 Bis Rue des Aisés 63190 LEZOUX	04.73.73.24.24.
Cabinet Médical des Rameaux	68 Rue de la République, 63190 LEZOUX	04.73.73.19.65.
Cabinet médical Maison de santé	4, impasse des Batignolles 63350 JOZE	04.73.28.00.10.
Docteur JARDEL Anaïs	27, Grand Rue 63350 MARINGUES	09.83.32.71.37.
Docteur CHARLIER Laurence	40 Grand Rue 63350 MARINGUES	04.73.68.68.00.
Docteur MONNET-ROIRON Marilyne	21, Place Saint Davids 63190 ORLEAT	04.73.53.63.41.
Docteur ROUSSEAUX-DURY	21, Place Saint Davids 63190 ORLEAT	04.73.53.63.41.
Docteur MARAS AMAURY Juliette	60T Grande Rue 63116 BEAUREGARD L'EVEQUE	04.73.59.52.77.
Docteur SCIUTO Célia	60 Grande Rue 63116 BEAUREGARD L'EVEQUE	04.73.59.52.77.
Docteur OLIVE CHAMPIAT Christine	19 Rue Grande de la Violle 63116 BEAUREGARD L'EVEQUE	04.73.62.96.06.

	FORMULAIRE	Référence	ACCU-Form-01_23
	ETAT DES LIEUX D'ENTREE ET DE SORTIE	Version	1
	HEBERGEMENT PERMANENT	Date	20.06.2023

Annexe 6 : « Etat des lieux d'entrée et de sortie »

■ D'une part,

L'EHPAD Mon Repos
Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
5 place Jean Rimbart – 63190 LEZOUX
Représenté par son Directeur

■ Et d'autre part,

Madame/Monsieur (*)

Indiquer nom et prénom

Né(e) le / / à :

Dénommé le résident, dans le présent document.

Le cas échéant, représenté par :

Madame Monsieur (*)

.....

indiquer nom et prénom

Né(e) le : / / à :

Adresse postale :

.....

.....

Lien de parenté, ou « personne de confiance » :

.....

Dénommé(e) le représentant légal

Préciser : tuteur, curateur..., joindre photocopie du jugement

.....

(*) *barrer la mention inutile*

■ DATES :

☐ Entrée le : / / ☐ Sortie le : / /

Si changement de chambre : effectuer un état des lieux de sortie + un nouvel état des lieux d'entrée

■ NUMÉRO DE CHAMBRE

N°	Service	☐ Chambre individuelle ☐ Chambre double
----	---------	--

CHAMBRE	ENTREE				SORTIE				Commentaires
	Très bon état	Bon état	Etat moyen	Mauvais état	Très bon état	Bon état	Etat moyen	Mauvais état	
Murs/ papiers peints									
Sols									
Plafond									
Porte									
Fenêtres (vitres, volets)									
Rangement, placard									
Electricité (lumière, prises, etc.)									
Radiateurs									
Rideaux									
Plinthes									
Ventilation									
Mobilier : armoire, table de chevet, bureau, commode, chaise, 1 fauteuil									
Appel malade/Téléphone fixe									
Balcon (mobilier)									
SALLE DE BAINS	ENTREE				SORTIE				Commentaires
	Très bon état	Bon état	Etat moyen	Mauvais état	Très bon état	Bon état	Etat moyen	Mauvais état	
Murs									
Sols									
Plafond									
Porte, menuiserie									
Etagères, patère									
Electricité (lumières, prises, etc.)									
Radiateurs									
Ventilation									
Lavabo									
Douche/Evacuation									
WC									
Miroir									
Appel malade									

Le présent état des lieux contradictoirement entre les parties qui le reconnaissent, fait partie intégrante du contrat de séjour dont il ne peut être dissocié. L'état des lieux de sortie doit être fait dans un délai maximum de 6 jours à compter de la date de départ du résident. Au-delà, l'état des lieux sera fait de façon unilatérale par l'EHPAD.

Fait à LEZOUX, le : / /, et remis à chacune des parties qui le reconnaît.

	SIGNATURE ET NOM DE L'AGENT AYANT REALISE L'ETAT DES LIEUX	SIGNATURE ET NOM DU RÉSIDENT (ou de son représentant)	SIGNATURE DE LA DIRECTION
Entrée			
Sortie			

	FORMULAIRE	Référence	SOIN-Form-001_25
	VACCINATION	Version	1
		Date	08.10.2025

Annexe 7 : RECUEIL DU CONSENTEMENT A LA VACCINATION

Afin de respecter vos **choix** et de pouvoir organiser au mieux la **campagne vaccinale** au sein de notre établissement, nous vous prions de bien vouloir remplir le formulaire Référence « **SOIN-Form-001 25** » intitulé « **Recueil du consentement à la vaccination** ».

Ce formulaire, une fois rempli, sera à rendre au Médecin de votre unité.

	FORMULAIRE	Référence	SOIN-Form-001_25
	VACCINATIONS	Version	1
		Date	08.10.2025

RECUEIL DU CONSENTEMENT A LA VACCINATION

Afin de pouvoir organiser au mieux les différentes campagnes de vaccination, merci de nous indiquer :

- Si vous souhaitez pouvoir bénéficier des différents vaccins proposés ci-dessous.
- Si vous souhaitez que votre proche et/ou protégé bénéficie des différents vaccins proposés ci-dessous.

Ce formulaire a pour objectif de planifier ces vaccinations.

Ce consentement peut être réévaluable à tout moment. Dans ce cas, merci de vous rapprocher de votre médecin référent pour lui en faire part.

→ **PREVENAR 20** est un vaccin luttant contre les infections bronchiques à pneumocoque, infections pouvant évoluer vers des formes graves, notamment chez les sujets âgés et/ou à risques.

Il est donc fortement conseillé, en plus de la vaccination antigrippale et COVID.

Il ne fait pas partie des vaccinations obligatoires, mais il est fortement conseillé aux personnes âgées.

→ **VACCIN ANTITETANIQUE** à refaire tous les 10 ans (75 ans – 85 ans – 95 ans – 105 ans).

→ **VACCIN ANTIGRIPPAL** à refaire tous les ans.

→ **VACCIN ANTICOVID** à faire de 6 mois en 6 mois.

Résident(e) autonome

Je soussigné(e), Mme ☐ M. ☐

NOM.....

NOM DE NAISSANCE.....

PRÉNOM(S).....

Né(e) le/...../.....

ou

Résident(e) dépendant(e)

Proche et/ou tuteur, curateur

NOM.....

PRÉNOM(S).....

→ PREVENAR 20	Oui ☐	Non ☐
→ VACCIN ANTITETANIQUE	Oui ☐	Non ☐
→ VACCIN ANTIGRIPPAL	Oui ☐	Non ☐
→ VACCIN ANTICOVID	Oui ☐	Non ☐

Cocher la case correspondant à votre choix

Fait à , le/...../.....

	FORMULAIRE	Référence	SOIN-Form-001_25
	VACCINATION	Version	1
		Date	08.10.2025

Annexe 8 : Formulaire « Soins dentaires »

Lors de votre entrée au sein de notre établissement, un **bilan bucco-dentaire** peut vous être proposé par le Docteur GAUGUIN.

Remboursé à 60 % par la sécurité sociale, l'acte coûte 40 euros. Une partie peut éventuellement, être prise en charge par votre mutuelle.

Afin de respecter **vos choix**, nous vous prions de bien vouloir remplir le formulaire Référence « **ADM-Form-008_19** » intitulé « **Soins dentaires** ».

Ce formulaire est à rendre au **secrétariat médical**, situé au niveau du Bureau des Entrées (Rez-de-chaussée – accueil).

	FORMULAIRE	Référence	ADM-Form-008_19
	SOINS DENTAIRES	Version	4
		Date	01.12.2025

NOM et Prénom du résident :

I - Suivi bucco-dentaire

Nom et coordonnées de votre dentiste avant votre admission en EHPAD :

.....

Souhaitez-vous poursuivre les soins dentaires chez ce praticien ? ☐ OUI ☐ NON

Si non, inscrire les coordonnées du dentiste choisi :

.....

II - Bilan dentaire à l'admission

Un bilan bucco-dentaire vous est proposé systématiquement dans le semestre suivant votre admission et permet :

- De faire un état des lieux de votre état dentaire,
- De vérifier la bonne adéquation de vos appareils dentaires le cas échéant,
- D'éviter l'altération de votre état nutritionnel qui pourrait avoir des conséquences sur votre état de santé général,
- D'adapter votre alimentation et sa texture pour pouvoir avoir une alimentation normale le plus longtemps possible.

Je souhaite réaliser ce bilan :

- ☐ Auprès de mon dentiste et à ma charge :
- ☐ Avec le Dr GAUGUIN qui intervient à l'EHPAD « Mon Repos » une fois par semaine. L'acte coûte 40 €. La caisse de sécurité sociale rembourse à 60% ; une mutuelle peut éventuellement compléter cette dépense.
- ☐ Je ne souhaite pas réaliser ce bilan
- ☐ NOM du dentiste qui effectuera les soins :

III - Transports

L'établissement n'assure pas les transports pour les consultations extérieures et sont à organiser avec la famille ou des proches.

En fonction de votre état de santé, un transport sanitaire pourra vous être proposé (en parler à votre médecin traitant).

Le transport sanitaire peut ne pas être pris en charge s'il n'est pas en lien avec l'ALD.

Date :

Signature :