

Contrat SITEX MAD - Patient Non Lamal

Nom du Patient : _____

Adresse du Patient : _____

Nom du représentant légal du Patient : _____

SITEX MAD est une société de services qui a pour mission de fournir des soins et de l'assistance pour permettre le maintien à domicile.

Elle est à même de satisfaire les besoins des patients. Nous offrons des soins de qualité en accordant une grande importance au respect, à l'écoute, au professionnalisme et à la bienveillance. Nous prenons en compte les besoins globaux des patients, valorisons leur bien-être et soutenons les médecins pour optimiser les prises en charge. Notre objectif est l'excellence des soins centrée sur le patient.

SITEX MAD intervient sur le canton de Genève.

DEMANDE DE SERVICES

En signant le présent contrat, j'indique ma volonté d'être fourni par SITEX MAD en prestations de soins et d'accompagnement, ainsi qu'en produits et matériels médicaux le cas échéant.

Le 022 552 35 55 est le numéro d'appel pour joindre la coordination des soins du Lundi au vendredi de 8h30 à 17h30.

En dehors des heures de bureau, et uniquement pour les urgences en soins, un infirmier vous répondra 24h sur 24 et 7 jours sur 7, au numéro 0848 11 00 00.

Nous vous remercions de vous conformer à une flexibilité de plus ou moins 30 minutes par rapport à l'horaire de visite prévu.

ANNULATION D'UN RENDEZ VOUS

Les annulations doivent être annoncées **24 h à l'avance** au 022 552 35 55 de 8h30 à 17h30.

Dans le cas d'un rendez-vous non décommandé ou d'un refus de prestations, vous serez facturé sur la base du prix de la prestation concernée.

DROITS DU PATIENTS

Je reconnais avoir reçu la brochure « Droits des patients » et avoir ainsi été informé de mes droits : le droit à l'information, l'accès à mon dossier, le secret médical (protection des données), le consentement libre et éclairé, les directives anticipées. Nos soignants reviendront vers vous pour reprendre ces informations, et notamment concernant les directives anticipées.

RESPONSABILITE MEDICALE

Je reconnais être sous le contrôle médical de mon médecin traitant qui a prescrit le traitement. J'ai pris connaissance du fait que les services fournis par SITEX MAD n'incluent pas la prescription de médicaments ni aucune des autres tâches qui seraient du ressort de mon médecin traitant.

RESPONSABILITE DE SITEX

Lorsque des motifs exceptionnels obligent SITEX MAD à cesser la prise en charge d'un de ses patients, elle a l'obligation de lui proposer une orientation vers un autre prestataire de soins. Tant que le patient n'a pas contractualisé sa prise en charge avec un nouveau prestataire, SITEX MAD assure sa sécurité et la continuité des soins. En tant que prestataire de soins à domicile, nous nous engageons à optimiser l'utilisation des ressources tout en fournissant des soins de qualité, et à veiller à ce que la croissance de nos activités ne compromette pas l'environnement, en suivant les principes de la consommation et de la production durables.

Contrat SITEX MAD - Patient Non Lamal

RESPONSABILITES ET DEVOIRS DU PATIENT

Le patient s'engage à utiliser le matériel médical selon les recommandations des soignants ou des techniciens. En cas de dégradations, pertes ou vol du matériel, le patient s'engage à rembourser le coût des frais de réparation ou de remplacement.

Le patient s'engage à respecter les conditions essentielles à la bonne réalisation de la prestation, notamment les règles d'hygiène, de sécurité et de respect des intervenants.

En particulier, les animaux domestiques devront être attachés ou isolés dans une autre pièce. En présence d'un animal agressif, notre collaborateur se réserve le droit de mettre un terme à sa prestation.

TRAITEMENT DES DONNEES INFORMATIQUES - MEDLINK

En signant le présent contrat, je consens à ce que les données de mon dossier de soins, y compris le diagnostic, soient stockées sur la plateforme exploitée par MEDICAL LINK SERVICES (MSL).

Je prends note que ces données seront traitées dans le respect de mes droits de la personnalité et que je jouis pleinement et en tout temps du droit d'accès à ces données.

Je prends note que SITEX MAD a pris toutes les mesures de sécurité qui s'imposent pour protéger les données personnelles me concernant lors de leur traitement et de leur transmission à MLS.

Je reconnais avoir été informé que les données informatiques me concernant ne seront utilisées que pour l'établissement de mon dossier patient, pour la facturation, les demandes de remboursements auprès des assureurs. Je prends également note que ces données seront utilisées par SITEX MAD de manière confidentielle et exclusivement sous forme anonyme pour des buts statistiques et dans le cadre du contrôle qualité.

PROTECTION DES DONNEES

Avec sa signature, la patiente/le patient accepte que les données personnelles concernant son état de santé soient recueillies et stockées sous forme électronique dans le cadre de l'évaluation des soins requis.

En cas d'existence d'un dossier électronique du patient (DEP), la patiente/le patient informe l'institution de ses droits d'accès afin que celle-ci puisse disposer des documents nécessaires à une prise en charge optimale et s'acquitter de ses obligations conformément aux prescriptions relatives au DEP.

Ce faisant, l'institution s'appuie sur la législation nationale et cantonale et les recommandations des autorités. L'institution veille à ce que les données personnelles – également celles relatives au dossier du patient – soient gérées dans le respect de la législation sur la protection des données.

Par sa signature, la patiente/le patient en prend connaissance et accepte également que l'institution soit tenue de permettre à l'assureur, dans certains cas et en cas de demande correspondante de celui-ci, d'accéder au dossier.

L'accès au dossier sert à la vérification de la facturation, du controlling et/ou à la détermination du droit aux prestations prévues.

La patiente/le patient a le droit de limiter cet accès au dossier au médecin-conseil de l'assureur. S'il/elle n'exerce pas ce droit, l'institution peut accorder à l'administration de l'assureur l'accès au dossier requis. Dans ce cas, la patiente/le patient délègue l'institution du secret médical et du devoir de discrétion.

VIDEO SURVEILLANCE et DROITS DES SALARIES

Nos collaborateurs devront être informés de toute installation de caméras et de son but. Le patient et/ou sa famille s'engage à respecter le Règlement Général de Protections des Données (RGPD), à ne pas conserver les enregistrements ni à en faire un usage différent de celui annoncé. En cas d'abus, nous nous réservons le droit de suspendre voire résilier le présent contrat de prestations.

Contrat SITEX MAD - Patient Non Lamal

INFORMATIONS TARIFAIRES

Selon nos accords avec les différentes assurances internationales, la facturation est établie par convention selon un tarif horaire dépendant du type de soin dispensé et du contexte de courte ou longue durée.

Cette notion est indispensable et sera reprise sur l'AVIS DE PRISE EN CHARGE qui sera envoyé à votre assurance. Le devis temps annoncé par la feuille OPAS qui sera annexée à l'avis de prise en charge sera traduit par le coût mensuel prévisible.

Tarifs des prestations :

OPAS A (évaluation, conseils et coordination) :	114.96 chf/heure
OPAS B (examens et traitement) :	99.56 chf/heure
OPAS C (soins de base) :	90 chf/heure

Facturation et paiement

SITEX MAD adresse les factures aux patients, sous réserve d'accord particulier avec les Assurances.

GESTION DES PLAINTES

Sitex dispose d'une procédure interne de gestion des plaintes et incidents. Si nécessaire, un formulaire de plainte peut vous être adressé en cas de nécessité.

- ❖ Si cela concerne les soins : le coordinateur responsable de votre unité de soins au numéro suivant : 022 552 35 55 du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30.
- ❖ Si cela concerne l'administration et la facturation : service administratif et financier, que vous pourrez atteindre au 0848 11 00 00 tous les jours ouvrables.

Pour votre information, les coordonnées des instances cantonales relatives aux plaintes et litiges sont les suivantes :

- Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients
 - Rue Adrien-Lachenal 8 1207 Genève - Tél: 022 546 89 50
- Espace médiation de l'Hôpital
 - Bâtiment Gustave Julliard, Rue Alcide-Jentzer 17 1205 Genève - T. +41 (0)22 372 22 28 mail : hug.mediation@hcuge.ch
- Direction Générale de la Santé/ Service du réseau de soins (SRS)
 - Rue Adrien-Lachenal 8 1207 Genève - Tél: +41 22 5465000

DUREE DU CONTRAT

Le contrat se termine à la fin de la prise en charge. En cas de résiliation, si des soins sont toujours nécessaires le contrat prend fin lorsque le prestataire de soin prenant le relai est en place. En cas de résiliation et que des soins ne sont plus nécessaires le contrat s'arrête.

Contrat SITEX MAD - Patient Non Lamal

INFORMATION ASSURANCE AUTORISATION

1. Je suis assuré/e

Auprès de : _____ N° de police : _____

2. J'autorise mon assurance à fournir à SITEX MAD, toutes informations se rapportant à ma couverture d'assurance.

3. Par la présente, j'autorise SITEX MAD à fournir à mon assurance ou à son représentant, toutes informations nécessaires aux remboursements, concernant les traitements et services reçus.

Selon la facture de SITEX MAD, il est entendu que je renonce à faire valoir mon droit au remboursement des prestations que l'assurance aura versées directement à SITEX MAD et que je reste débiteur des sommes non-couvertes par mon assurance (hors franchise et quote-part).

INFORMATION MEDECIN AUTORISATION

4. J'autorise SITEX MAD à communiquer régulièrement les données médicales me concernant aux médecins suivants :

Noms, Prénoms du (des) médecin(s) -----

DATE ET SIGNATURE DU PATIENT OU DE SON REPRESENTANT LEGAL :

Contrat SITEX MAD – Patient Lamal

Nom du Patient : _____

Adresse du Patient : _____

Nom du représentant légal du Patient : _____

SITEX MAD est une société de services qui a pour mission de fournir des soins et de l'assistance pour permettre le maintien à domicile.

Elle est à même de satisfaire les besoins des patients. Nous offrons des soins de qualité en accordant une grande importance au respect, à l'écoute, au professionnalisme et à la bienveillance. Nous prenons en compte les besoins globaux des patients, valorisons leur bien-être et soutenons les médecins pour optimiser les prises en charge. Notre objectif est l'excellence des soins centrée sur le patient.

SITEX MAD intervient sur le canton de Genève.

DEMANDE DE SERVICES

En signant le présent contrat, j'indique ma volonté d'être fourni par SITEX MAD en prestations de soins et d'accompagnement, ainsi qu'en produits et matériels médicaux le cas échéant.

Le 022 552 35 55 est le numéro d'appel pour joindre la coordination des soins du Lundi au vendredi de 8h30 à 17h30.

En dehors des heures de bureau, et uniquement pour les urgences en soins, un infirmier vous répondra 24h sur 24 et 7 jours sur 7, au numéro 0848 11 00 00.

Nous vous remercions de vous conformer à une flexibilité de plus ou moins 30 minutes par rapport à l'horaire de visite prévu.

ANNULATION D'UN RENDEZ VOUS :

Les annulations doivent être annoncées **24 h à l'avance** au 022 552 35 55 de 8h30 à 17h30.

Dans le cas d'un rendez-vous non décommandé ou d'un refus de prestations, vous serez facturé sur la base du prix de la prestation concernée.

DROITS DU PATIENTS

Je reconnais avoir reçu la brochure « Droits des patients » et avoir ainsi été informé de mes droits : le droit à l'information, l'accès à mon dossier, le secret médical (protection des données), le consentement libre et éclairé, les directives anticipées. Nos soignants reviendront vers vous pour reprendre ces informations et notamment concernant les directives anticipées.

RESPONSABILITE MEDICALE

Je reconnais être sous le contrôle médical de mon médecin traitant qui a prescrit le traitement. J'ai pris connaissance du fait que les services fournis par SITEX MAD n'incluent pas la prescription de médicaments ni aucune des autres tâches qui seraient du ressort de mon médecin traitant.

RESPONSABILITE DE SITEX

Lorsque des motifs exceptionnels obligent SITEX MAD à cesser la prise en charge d'un de ses patients, elle a l'obligation de lui proposer une orientation vers un autre prestataire de soins. Tant que le patient n'a pas contractualisé sa prise en charge avec un nouveau prestataire, SITEX MAD assure sa sécurité et la continuité des soins. En tant que prestataire de soins à domicile, nous nous engageons à optimiser l'utilisation des ressources tout en fournissant des soins de qualité, et à veiller à ce que la croissance de nos activités ne compromette pas l'environnement, en suivant les principes de la consommation et de la production durables.

Contrat SITEX MAD – Patient Lamal

RESPONSABILITES ET DEVOIRS DU PATIENT

Le patient s'engage à utiliser le matériel médical selon les recommandations des soignants ou des techniciens. En cas de dégradations, pertes ou vol du matériel, le patient s'engage à rembourser le coût des frais de réparation ou de remplacement.

Le patient s'engage à respecter les conditions essentielles à la bonne réalisation de la prestation, notamment les règles d'hygiène, de sécurité et de respect des intervenants.

En particulier, les animaux domestiques devront être attachés ou isolés dans une autre pièce. En présence d'un animal agressif, notre collaborateur se réserve le droit de mettre un terme à sa prestation.

TRAITEMENT DES DONNEES INFORMATIQUES - MEDLINK

En signant le présent contrat, je consens à ce que les données de mon dossier de soins, y compris le diagnostic, soient stockées sur la plateforme exploitée par MEDICAL LINK SERVICES (MSL).

Je prends note que ces données seront traitées dans le respect de mes droits de la personnalité et que je jouis pleinement et en tout temps du droit d'accès à ces données.

Je prends note que SITEX MAD a pris toutes les mesures de sécurité qui s'imposent pour protéger les données personnelles me concernant lors de leur traitement et de leur transmission à MLS.

Je reconnais avoir été informé que les données informatiques me concernant ne seront utilisées que pour l'établissement de mon dossier patient, pour la facturation, les demandes de remboursements auprès des assureurs. Je prends également note que ces données seront utilisées par SITEX MAD de manière confidentielle et exclusivement sous forme anonyme pour des buts statistiques et dans le cadre du contrôle qualité.

PROTECTION DES DONNEES

Avec sa signature, la patiente/le patient accepte que les données personnelles concernant son état de santé soient recueillies et stockées sous forme électronique dans le cadre de l'évaluation des soins requis.

En cas d'existence d'un dossier électronique du patient (DEP), la patiente/le patient informe l'institution de ses droits d'accès afin que celle-ci puisse disposer des documents nécessaires à une prise en charge optimale et s'acquitter de ses obligations conformément aux prescriptions relatives au DEP.

Ce faisant, l'institution s'appuie sur la législation nationale et cantonale et les recommandations des autorités. L'institution veille à ce que les données personnelles – également celles relatives au dossier du patient – soient gérées dans le respect de la législation sur la protection des données.

Par sa signature, la patiente/le patient en prend connaissance et accepte également que l'institution soit tenue de permettre à l'assureur, dans certains cas et en cas de demande correspondante de celui-ci, d'accéder au dossier.

L'accès au dossier sert à la vérification de la facturation, du controlling et/ou à la détermination du droit aux prestations prévues.

La patiente/le patient a le droit de limiter cet accès au dossier au médecin-conseil de l'assureur. S'il/elle n'exerce pas ce droit, l'institution peut accorder à l'administration de l'assureur l'accès au dossier requis. Dans ce cas, la patiente/le patient délègue l'institution du secret médical et du devoir de discrétion.

VIDEO SURVEILLANCE et DROITS DES SALARIES

Nos collaborateurs devront être informés de toute installation de caméras et de son but. Le patient et/ou sa famille s'engage à respecter le Règlement Général de Protections des Données (RGPD), à ne pas conserver les enregistrements ni à en faire un usage différent de celui annoncé. En cas d'abus, nous nous réservons le droit de suspendre voire résilier le présent contrat de prestations.

Contrat SITEX MAD – Patient Lamal

INFORMATIONS TARIFAIRES

Selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), les soins prescrits par un médecin ainsi que l'évaluation obligatoire des besoins (soins requis) sont à la charge des caisses-maladie.

Concernant les soins ambulatoires, l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), l'assurance-maladie obligatoire prend en charge les montants horaires suivants :

- ➔ Lamal C : soins de base : Fr. 52.60
- ➔ Lamal B : examens et traitement : Fr. 63.00
- ➔ Lamal A : évaluation, conseils, coordination : Fr. 76.90

La législation Fédérale fixe la participation de l'assuré à un maximum de 15,95 francs par jour de traitement. Sur le canton de Genève, il est de **10 chf/ jour**.

Si vous vous trouvez en situation de difficulté financière, veuillez noter que le canton de Genève offre des aides, notamment sous la forme de prestations complémentaires, dans le but de soutenir les patients. À cet égard, nous vous informons que Sitex se tient à votre disposition pour vous assister dans vos démarches et vous orienter vers les structures appropriées.

GESTION DES PLAINTES

Sitex dispose d'une procédure interne de gestion des plaintes et incidents. Si nécessaire, un formulaire de plainte peut vous être adressé en cas de nécessité.

- ❖ Si cela concerne les soins : le coordinateur responsable de votre unité de soins au numéro suivant : 022 552 35 55 du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30.
- ❖ Si cela concerne l'administration et la facturation : service administratif et financier, que vous pourrez atteindre au 0848 11 00 00 tous les jours ouvrables.

Pour votre information, les coordonnées des instances cantonales relatives aux plaintes et litiges sont les suivantes :

- Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients
 - Rue Adrien-Lachenal 8 1207 Genève - Tél: 022 546 89 50
- Espace médiation de l'Hôpital
 - Bâtiment Gustave Julliard, Rue Alcide-Jentzer 17 1205 Genève - T. +41 (0)22 372 22 28 mail : hug.mediation@hcuge.ch
- Direction Générale de la Santé/ Service du réseau de soins (SRS)
 - Rue Adrien-Lachenal 8 1207 Genève - Tél: +41 22 546 50 00

DUREE DU CONTRAT

Le contrat se termine à la fin de la prise en charge. En cas de résiliation, si des soins sont toujours nécessaires le contrat prend fin lorsque le prestataire de soin prenant le relai est en place. En cas de résiliation et que des soins ne sont plus nécessaires le contrat s'arrête.

Contrat SITEX MAD – Patient Lamal

INFORMATION ASSURANCE AUTORISATION

1. Je suis assuré/e, pour l'assurance de **base obligatoire**,

Auprès de : _____ N° de police d'assurance : _____

Je suis assuré/é pour l'assurance **accident** (si concerne la prise en charge)

Auprès de : _____ **No Accident :** _____

No de police d'assurance accident : _____

2. J'autorise mon assurance à fournir à SITEX MAD, toutes informations se rapportant à ma couverture d'assurance.

3. Par la présente, j'autorise SITEX MAD à fournir à mon assurance ou à son représentant, toutes informations nécessaires aux remboursements, concernant les traitements et services reçus.

INFORMATION MEDECIN AUTORISATION

4. J'autorise SITEX MAD à communiquer régulièrement les données médicales me concernant aux médecins suivants :

Noms, Prénoms du (des)médecin(s) : _____

DATE et SIGNATURE du PATIENT ou de son REPRESENTANT LEGAL :

Contrat SITEX MAD – Patient Lamal

CESSION DE CREANCE

Par la présente, j'accepte de céder à SITEX Mad ma créance envers mon assureur. La facture de SITEX Mad, dont je recevrai copie, sera envoyée directement à mon assurance. Il est entendu que je renonce à faire valoir mon droit au remboursement des prestations que l'assurance aura versées directement à SITEX Mad et que je reste débiteur des sommes non-couvertes par l'assurance.

Le soussigné certifie qu'il a pris connaissance du présent document et qu'il en a reçu une copie. Il signe en qualité de patient ou de personne dûment autorisée à le représenter.

NOTE : Une copie de ce contrat est considérée de même valeur que l'original.

Nom, Prénoms du Patient : _____

DATE ET SIGNATURE DU PATIENT :

Si nécessaire :

Signature du preneur d'assurance : _____

Nom du représentant du Patient : _____

Date et signature du représentant du Patient :