

Index de diverses informations utiles



Absence	En cas d'absence provisoire (vacances, week-end), de plus de 24 heures, l'EMS poursuit la facturation de la participation ordinaire du résident, au titre de la réservation du lit, mais sous déduction de CHF 20.– par période de 24 heures pour ses besoins personnels et, le cas échéant, de la part prorata temporis de l'allocation pour impotence.
Allocation pour impotent (API)	L'établissement veille au dépôt d'une demande d'allocation pour impotence (API) si le résident nécessite une aide d'une certaine importance pour effectuer les actes courants de la vie et qu'il n'en est pas bénéficiaire. L'EMS facture au résident bénéficiaire d'une API un supplément égal au montant de l'API en raison de l'aide et de la surveillance particulières dont il a besoin. En cas d'hospitalisation temporaire du résident : voir « Hospitalisation ».
Animation	Seuls les frais effectifs extérieurs à l'établissement peuvent être facturés au résident (ex. ticket de cinéma, exposition, etc.).
Contrat-type (d'hébergement)	Il est demandé aux établissements, aux résidents ou à leur représentant légal (tuteur, curateur, agent d'affaire ou personne au bénéfice d'une procuration) de signer un contrat-type d'hébergement stipulant les obligations et droits de chacune des parties. Ce contrat doit notamment contenir comme annexe la liste des POS* et PSAC*.
Contribution aux charges d'entretien immobilier et aux charges mobilières	Les charges d'entretien immobilier et mobilières ne sont pas considérées comme des dépenses d'investissements: dès 2007, au sens de l'article 26 f de la Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires (...), elles sont facturées aux résidents de manière distincte (en moyenne CHF 8.45 par jour en 2011). Elles sont toutefois comprises dans le tarif journalier pris en compte dans le calcul du droit à la prestation complémentaire PC AVS/AI.
Défraiements du tuteur ou du curateur	Dans le cas où les ressources du pupille ne le permettent pas et si sa fortune est inférieure à CHF 5'000.–, les défraiements des tuteurs et curateurs peuvent être pris en charge par l'Etat (Justice de paix) en principe par un forfait minimum d'honoraires de CHF 700.– par an et un forfait de débours de CHF 150.– par an.
Déménagement	Si le résident n'a plus d'épargne ou de rentes disponibles (avant son hébergement) les frais de déménagement peuvent, sous certaines conditions, être pris en charge par le SASH (Voir « Réponse à tout n° 12 »).
Dentiste	Les frais dentaires peuvent être remboursés par les PCG*. Si les travaux dépassent CHF 1'000.- un devis préalable doit être adressé aux PCG* qui le soumettront au dentiste conseil cantonal.
Dépôt	L'établissement n'est pas autorisé à requérir un dépôt de liquidités d'un résident au bénéfice des régimes sociaux. Il peut cependant demander une avance mensuelle pour couvrir les dépenses personnelles et les prestations supplémentaires budgétées. Cette gestion est effectuée sur un compte séparé.
Facturation	Dès lors que les rentes AVS et PC AVS/AI sont versées par mois d'avance, il est admis que l'établissement puisse facturer en début de mois la pension du mois courant.
Franchise	> voir « Participations LAMal »
Funéraires (frais)	Lorsque le résident n'a ni famille ni épargne, la Compagnie de pompes funèbres peut, sur demande faite AVANT l'organisation du service, effectuer des prestations dites « pour indigent », qui seront prises en charge par le SASH, conformément à la procédure ad hoc. (voir http://www.vd.ch/fr/themes/sante-social/ems/ (rubrique Documentation))
Garantie particulière	Au cas où le MDP* ne suffit pas, une demande de garantie particulière LAPRAMS peut être adressée au SASH. (Voir « Réponse à tout n° 12 »).
Hospitalisation	Lors d'une hospitalisation temporaire de son résident, l'EMS doit réserver son lit durant 60 jours. Il facture à ce titre la participation habituelle du résident. Si la contribution journalière LAMal aux frais d'hospitalisation (CHF 15.–) lui est facturée, le résident peut se faire rembourser ce montant auprès de l'EMS, sur présentation du décompte de l'assureur maladie. En cas d'hospitalisation de plus d'un mois civil entier (du 1 ^{er} au dernier jour du mois), le versement de l'allocation pour impotence est suspendu et l'établissement ne peut plus la facturer.
Impôts	En principe, un résident sans fortune imposable ne paie plus d'impôts. Remplissez, dès l'entrée en EMS, le formulaire « Demande de modification des acomptes », disponible dans les Offices d'impôt. (Voir « Réponse à tout n° 11 »)
Inventaire	Il est judicieux qu'un inventaire des biens personnels à l'arrivée du résident soit établi par son représentant, validé par l'EMS, puis mis à jour.
Loyer	Le loyer d'une personne hébergée bénéficiaire d'une PC AVS/AI est intégré dans le calcul de la rente, mais au maximum par CHF 1'100.– par mois (chiffre 2011) charges comprises et durant un an au maximum. Si le retour à domicile du résident n'est plus envisageable, résiliez au plus tôt le bail afin d'épargner les régimes sociaux et avisez les organes PC. (Voir « aide-mémoire n° 7 »)
Lunettes	Les verres et montures de lunettes peuvent être pris en charge si le résident répond aux conditions des garanties particulières LAPRAMS (Voir « Réponse à tout n° 12 »)
MDP	> Voir « Montant pour Dépenses Personnelles »
Médecin	Les honoraires du médecin intervenant dans l'EMS sont facturés au résident. Les factures sont à faire suivre à l'assureur maladie (tiers garant*). Le résident a la liberté de choisir son médecin.
Médicaments	Les médicaments utilisés dans le cadre des soins fournis par l'EMS sont facturés directement par le pharmacien à l'assurance-maladie du résident (tiers payant*), sauf si le résident est assuré sous le système du tiers garant*. L'EMS et les médecins traitants sont informés que seuls des médicaments de la liste LAMal, dans leur forme générique si elle existe, doivent être prescrits ; les médicaments hors liste ne sont pris en charge ni par l'assureur maladie (sous réserve d'une assurance complémentaire), ni par les régimes sociaux.
Modalités (de paiement)	Il est admis que l'établissement facture ses frais de pension par mois d'avance ou au 15 du mois courant. Le paiement de la facture de l'établissement peut être exigé dans les 10 jours, à moins que le résident soit dans l'attente des décisions des régimes sociaux.

Montant pour dépenses personnelles	Les régimes sociaux sont calculés pour qu'une fois la pension payée, le résident dispose en moyenne (mois de 28 à 31 jours) d'un MDP de CHF 240.– par mois. Le MDP permet notamment le paiement des Prestations supplémentaires* facturées par l'EMS et des frais personnels du résident (journaux, cigarettes, vêtements, etc.)
Nettoyage (frais de)	S'agissant des frais de nettoyage et de débarras de l'appartement avant sa remise, le SASH peut entrer en matière pour une participation – sur présentation d'un devis – au titre des garanties particulières LAPRAMS (voir « Réponse à tout n° 12 »), si le résident n'a plus d'épargne ou de rentes disponibles avant son hébergement.
Participations LAMal	La franchise de base (de CHF 300.–) et les quote-part (10% des prestations remboursées par l'assureur, mais au maximum CHF 700.–) sont remboursées par les PCG sur présentation du décompte original de l'assureur maladie. Les PCG ne remboursent en aucun cas un montant par année civile supérieur à CHF 1'000.–.
Participation du résident aux coûts des soins	Le nouveau régime fédéral de financement des soins en EMS 2011 prévoit que les résidents participent aux frais de soins en EMS par une participation qui ne doit pas dépasser les 20% du tarif maximum à charge de l'assurance-maladie. Le Canton de Vaud a choisi de limiter à 10% la part à charge des résidents, en 2011 par un montant forfaitaire de CHF 8.–. Celui-ci sera facturé au résident par l'EMS dès l'entrée en vigueur de la base légale. Dès 2012, la participation du résident sera proportionnelle à l'un des 12 forfaits LAMal qui correspond aux soins dont il a besoin.
Participation des résidents aux charges mobilières et à l'entretien du mobilier	Ces deux participations (au total en moyenne de CHF 8.45.– par jour en 2011) correspondent aux coûts de renouvellement du mobilier de l'EMS, ainsi qu'à l'entretien des « murs » de l'établissement, à l'exclusion des frais de loyer et du service de la dette. Elles sont intégrées dans le prix de pension à charge du résident et dans le calcul de son droit à la PC AVS/AI.
PC AVS AI	Services traitant les demandes de prestations complémentaires AVS/AI et les remboursements de PCG <ul style="list-style-type: none"> • pour les Lausannois : Service des assurances sociales, Bureau des PC, Pl. Chauderon 7, Case postale 5032, 1002 Lausanne, tél. 021 315 11 11 • pour les autres personnes domiciliées dans le canton de Vaud : Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, rue du Lac 37, 1815 Clarens, tél. 021 964 12 11
PCG	> Voir « Quotité disponible PCG ».
Pédicurie, podologie	Les prestations faites sur prescription médicale en cas de diabète avéré sont remboursées par l'assureur maladie. En cas de non-prise en charge, une demande de remboursement peut être adressée au SASH dans le cadre des garanties particulières LAPRAMS (voir « Réponse à tout, n° 12 »). Les autres soins prescrits médicalement et prodigués par des pédicures-podologues autorisés peuvent également faire l'objet d'une demande au SASH. (voir « Réponse à tout n° 12 »). Les prestations de soins normaux d'hygiène des ongles des pieds et des mains sont comprises dans le forfait soins*.
Prestations supplémentaires	Prestations ne faisant pas partie du standard socio-hôtelier, facturées au résident en sus par l'EMS. Elles peuvent être de deux types : les POS* ou les PSAC*
POS (prestations ordinaires supplémentaires)	Ensemble des prestations ou articles usuels, personnellement nécessaires, qui peuvent être facturés en sus des frais journaliers. Ces frais peuvent être pris en charge, tout ou partiellement, par l'assureur maladie (lunettes, transports médicaux) ou les régimes sociaux (voir « Réponse à tout n° 12 ») (cosmétiques, coiffeur, vêtements)
PSAC (prestations supplémentaires à choix)	Ensemble des prestations ou articles usuels qui ne sont pas strictement nécessaires. Elles sont explicitement choisies par le résident ou son répondant, afin d'augmenter son confort et lui sont facturées en sus de ses frais journaliers. Elles ne sont jamais prises en charge par les régimes sociaux.
Quote-part	> voir « Participations LAMal ».
Quotité disponible PCG	La quotité disponible PCG de CHF 6'000.– par an peut être sollicitée pour le remboursement sur demande de frais tels que : participations LAMal* (franchise et quote-part), frais dentaires, frais de transport médicaux etc. Le montant de CHF 6'000.– est disponible même en cas de droit PC AVS/AI en cours d'année. Il est ouvert au remboursement de dépenses PCG pour les 15 derniers mois avant le droit PC pour autant que le bénéficiaire ait été rentier AVS ou AI. Pour les personnes qui ne disposent pas d'une quotité disponible PCG parce qu'ils n'ont pas droit à une PC AVS/AI en l'absence d'une rente AI ou AVS, l'aide LAPRAMS est subsidiaire et le SASH peut être sollicité. (voir « Réponse à tout n° 6 »)
Responsabilité civile	Si le résident est incapable de discernement, l'établissement peut être responsable du dommage causé par son résident de manière illicite, intentionnelle, par négligence ou imprudence. Les établissements peuvent inciter les résidents « à risque » à conclure une assurance RC couvrant également les prestations sans responsabilité.
Socio-hôtelier	Les tarifs socio-hôtelier font l'objet d'une Convention annuelle. Ils doivent figurer dans le contrat-type d'hébergement signé au moment de l'admission. Ce forfait couvre toutes les prestations socio-hôtelières au sens de la Convention relative aux tarifs (...) mis à la charge des résidents (...) et exclut celles qui relèvent des soins au sens de la LAMal. (Voir « Réponses à tout n° 1 »)
Soins	La couverture des frais de soins apportés par le personnel soignant de l'EMS fait l'objet d'une Convention. Elle prévoit 12 forfaits journaliers différents selon les soins requis par le résident sur la base d'une évaluation. Le forfait est facturé directement par l'EMS à l'assureur maladie (tiers payant).
Supplément (pour chambre individuelle)	Peut être facturée comme prestation supplémentaire à choix (EMS avec choix de chambres à 1 ou 2 lits), la jouissance d'une chambre individuelle avec confort particulier, pour autant que le résident ait pu en faire le choix et qu'elle fasse partie de la liste des prestations annexée au contrat-type* d'hébergement. Cependant, les chambres à un lit attribuées pour raison de santé ne font pas l'objet d'un complément. Aucun complément ne peut être facturé à un résident au bénéfice de régimes sociaux (PC seule ou PC et LAPRAMS) s'il n'est pas en mesure, lui ou son entourage, de le prendre en charge financièrement.
Tiers garant	Système de prise en charge: sur présentation des factures de prestations, l'assureur maladie rembourse l'assuré sous déduction de son éventuelle participation.
Tiers payant	Système de prise en charge: l'assureur maladie paie directement le fournisseur des prestations et facture à l'assuré son éventuelle participation.
Transport	L'assureur maladie de base rembourse les 50% d'un transport médicalement adapté et dont le but est médical, mais au maximum CHF 500.– par année civile. Les parts non prises en charge peuvent être remboursées par les PCG. L'accompagnement du résident par du personnel de l'EMS ne peut lui être facturé, à moins qu'il ne s'agisse d'une demande d'ordre privée.