

STRUCTURES DE VIE HABILITÉES PAR LA CAVIMAC
POUR BÉNÉFICIER DU FORFAIT SOINS INFIRMIERS [FSI - FSM / FRC]

CODE N° :

ACCUEIL : Religieuses Religieux Prêtres

I.- IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE DE VIE

Nom : _____

Adresse : N° _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Nom de la collectivité à laquelle appartient la structure de vie ¹ : _____

_____ N° de collectivité active : _____

Nom du Responsable de la structure de vie : _____

Téléphone : _____ Fax : _____ Email : _____

Site Internet : http://_____

☞ Souhaitez-vous que les coordonnées administratives de la Structure de vie figurent sur le site de la CAVIMAC ? OUI NON

» **Type de structure de vie** [cochez une seule case]

- Maison Diocésaine Maison de Congrégation
- Monastère Maison de Repos-Convalescence
- EHPA disposant d'un arrêté d'autorisation du Conseil Général [joindre obligatoirement une copie]
- Foyer Logement
- Autres cas _____

II.- POTENTIEL D'ACCUEIL ET SITUATION DE LA STRUCTURE DE VIE

NOMBRE TOTAL DE RESIDENTS	NOMBRE TOTAL DE RESIDENTS AGES DE + 60 ANS	NOMBRE TOTAL DE RESIDENTS DEPENDANTS	NOMBRE TOTAL DE LITS HABILITES AU FSI
		Total GIR 1 : _____ Total GIR 2 : _____ Total GIR 3 : _____ Total GIR 4 : _____ Total GIR 5 : _____ Total GIR 6 : _____	

¹ Si la structure de vie est gérée par une association, joindre copie des statuts

III.- ACTIVITÉ DU FORFAIT SOINS INFIRMIERS [FSI]

ASSURES CAVIMAC			
SECTEUR MEDICAL		SECTEUR REPOS-CONVALESCENCE	
Nombre d'assurés	Nombre de journées	Nombre d'assurés	Nombre de journées

IV.- TRANSFORMATION EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES DEPUIS LA DERNIÈRE ENQUÊTE FSI 2010

☞ EHPAD

A/ Convention signée ⇨ *Joindre la copie de la convention*

Date de signature : _____

Date de financement : _____

Nombre de lits autorisés : _____

GIR moyen pondéré : _____ Pathos moyen pondéré : _____

B/ Convention en cours de signature

Date de dépôt du dossier : _____ Nombre de lits autorisés prévus : _____

☞ PUV [Petite Unité de Vie] – Décret du 10/02/2005

A/ Autorisation signée ⇨ *Joindre la copie de l'arrêté*

Date de signature : _____ Nombre de lits autorisés : _____

Options tarifaires soins :

1. Option du conventionnement tripartite OUI NON

2. Option du forfait soins infirmiers OUI NON

3. Option du recours à un SSIAD OUI NON

GIR moyen pondéré : _____ Pathos moyen pondéré : _____

B/ Autorisation en cours de signature

Date de dépôt du dossier : _____ Nombre de lits autorisés prévus : _____

Bénéficiez-vous de l'allocation logement ?

OUI

NON

V.- ENVISAGEZ-VOUS UN CONVENTIONNEMENT TRIPARTITE OU UNE AUTORISATION PUV ?

Oui, définir votre projet :

Non, indiquer les raisons :

VI.- ÊTES-VOUS BÉNÉFICIAIRE DE L'APA INDIVIDUELLE ?

Oui

Non

Nombre d'assurés CAVIMAC en FSI bénéficiant de l'APA : _____

VII.- ÉQUIPE SOIGNANTE DU SECTEUR FORFAIT SOINS INFIRMIERS [FSI]

	SALARIÉ		LIBÉRAL	RELIGIEUX		
	Nbre	ETP *	Nbre	Nbre	< 65 ans	> 65 ans
Médecins						
Kinésithérapeutes						
Infirmiers Diplômés d'État [IDE]						
Aides Soignants Diplômés d'État [ASD/AMP]						
Agents de Service Hospitalier [ASH]						
Auxiliaires de vie ou autres						

VIII.- AVEZ-VOUS RECOURS A D'AUTRES SOINS ? [non cumulables avec le Forfait Soins Infirmiers]

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> HAD [hospitalisation à domicile]	<input type="checkbox"/> SSIAD [Service de Soins à domicile]
<input type="checkbox"/> Non		

Vos questions et remarques : _____

IX.- MODALITÉS DE L'ENVOI DE L'ENQUÊTE

Cette enquête doit être complétée et retournée à l'aide de l'enveloppe jointe, avant le **13 Février 2012** au :

Docteur Michel ALLAIN
Service du Contrôle Médical de la CAVIMAC
Le Tryalis – 9, rue de Rosny
93100 Montreuil sous Bois

Elle devra être accompagnée obligatoirement de l'extrait du registre médical.

➔ En cas de difficultés pour remplir cette enquête, n'hésitez pas à contacter le Service du Contrôle Médical :

Madame AKNINE ☎ 01 41 58 43 90 ou 44 66

} **Fax : 01 41 58 45 93 Email : fsi@cavimac.fr**

RAPPEL : le FSI est exclusif de toute autre prise en charge de soins infirmiers ou de forfait soins versé par l'assurance maladie [SSIAD, HAD, forfait soins versé aux établissements médico-sociaux EHPA, EHPAD, PUV].

IMPORTANT : la collectivité rattachée à la structure de vie s'engage :

- ♦ à signaler obligatoirement au Service du Contrôle Médical de la CAVIMAC toute modification du statut juridique de la structure de vie, en particulier toute transformation en EHPAD, PUV et/ou toute modification dans le fonctionnement notamment en personnel, changement de la collectivité de rattachement, changement de propriétaire de la structure de vie ou modification de l'organisation du secteur FSI habilité par la CAVIMAC,
- ♦ à ne pas facturer à la CAVIMAC en sus du FSI, des soins infirmiers effectués par des infirmières libérales.

Si la structure de vie a fait l'objet d'une visite des pompiers, joindre copie du rapport des pompiers à la présente enquête.

Acceptez-vous que les informations du présent document soient exploitées avec notre partenaire la Mutuelle Saint-Martin ?

OUI

NON

Fait à _____ le _____ 2012

Signature [Responsable de la Collectivité]

Signature [Responsable de la Structure de Vie]