

**Rappel des conditions d'intervention de la CAVIMAC**

**Soins infirmiers** (ils sont destinés ...)

... aux assurés de la CAVIMAC admis dans une « structure de vie » habilitée par la CAVIMAC pour le Forfait Soins Infirmiers (FSI) dans sa composante forfait repos convalescence (FRC), dont l'état pathologique nécessite une période de repos ou de convalescence.

Par analogie avec le système de soins à domicile pratiqué dans le secteur laïque, ces mesures ont notamment pour objet d'éviter l'hospitalisation (ou de raccourcir celle-ci) des assurés en facilitant leur retour au domicile.

**Informations à transmettre à la CAVIMAC**

La structure de vie habilitée par la CAVIMAC pour le FSI doit répondre chaque année à une enquête annuelle comprenant notamment :

- la liste de son personnel infirmier et soignant, avec l'indication de sa qualification,
- l'activité FSI réalisée l'année précédente,
- la nature de ses projets d'évolution au regard des établissements médico-sociaux (PUV, EHPAD),
- **l'engagement de ne pas bénéficier d'un autre forfait soins, versé par une caisse d'assurance maladie.**

La CAVIMAC se réserve, par ailleurs, la possibilité d'un contrôle, à tout moment, des conditions d'accueil, de la continuité des soins et de leur qualité, dans lesdites structures de vie habilitées par la CAVIMAC pour le FSI.

**Prise en charge des malades**

L'admission au remboursement des soins par la CAVIMAC se fait après constatation par celle-ci que les droits aux prestations sont ouverts.

Avant l'entrée dans la structure de vie habilitée par la CAVIMAC pour le FSI (FRC) où dès l'entrée dans celle-ci, le médecin prescripteur adresse à la CAVIMAC, sous pli confidentiel, à l'attention du Médecin Conseil, le document ci-contre, dûment rempli et signé.

La prise en charge se fait obligatoirement sur avis favorable du Contrôle Médical de la CAVIMAC.

La prise en charge initiale est accordée pour une durée maximum de 30 jours.

Toute demande de prolongation au-delà du 30<sup>ème</sup> jour devra être formulée dans les mêmes conditions et soumise à l'accord du Contrôle Médical de la CAVIMAC. Cette durée peut être exceptionnellement prolongée après avis du Médecin Conseil de la CAVIMAC.

**Registre médical**

La structure de vie habilitée par la CAVIMAC pour le FSI doit tenir un registre médical indiquant :

- le nom et l'âge des personnes admises, ainsi que le numéro d'immatriculation qui leur a été attribué par la CAVIMAC ;
- les dates d'admission et de sortie ;
- l'indication précise du diagnostic d'admission, le relevé de l'ensemble des interventions des praticiens et auxiliaires médicaux, ainsi que celui des prescriptions.

Ce registre doit comporter une colonne destinée aux observations du Médecin Conseil de la CAVIMAC.

**Contrôle Médical**

La structure de vie habilitée par la CAVIMAC pour le FSI s'engage à faciliter le rôle du Médecin Conseil de la CAVIMAC, notamment en ce qui concerne l'examen direct des malades ou l'accès à tous renseignements utiles à l'exercice de sa mission. Le Contrôle Médical peut mettre fin à tout moment à une prise en charge.

**Dépenses couvertes par la CAVIMAC**

Les soins sont pris en charge par la CAVIMAC sous la forme d'un forfait journalier, dont le montant est revalorisé dans les mêmes conditions que le barème arrêté au niveau national pour l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Le forfait versé par la CAVIMAC couvre exclusivement les dépenses afférentes :

- aux soins infirmiers, quel que soit le statut des intervenants ;
- à la fourniture du petit matériel médical nécessaire aux soins ;
- aux interventions des aides-soignantes.

**Ce FSI (FRC) 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 EPHA, EHPAD, PUV).**

**Demande de prise en charge  
Forfait soins infirmiers**

**Secteur convalescence**

**Identification de l'assuré**

N.N.I. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

NOM : ..... Prénom .....

Date de naissance | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Age | | |

Adresse .....

..... Code Postal | | | | | | | |

Collectivité n° | | | | | | | |

**Identification de la structure de vie  
habilitée par la CAVIMAC pour le FSI**

NOM : .....

Adresse : .....

..... Code Postal | | | | | | | |

N°Code | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | N°Destin | | | | | | | |

Tél. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | E-mail. ....

**Prise en charge**

Prise en charge initiale demandée le | | | | | | | |

à dater du | | | | | | | |

Prolongation de prise en charge durée proposée | | | | | | | | jours

à dater du | | | | | | | |

**Ce document à l'exclusion de tout autre, doit être complètement et lisiblement rempli par le médecin traitant et le responsable de l'établissement accueillant l'assuré. Il sera transmis sous pli confidentiel fermé à : Monsieur le Médecin Conseil, CAVIMAC - 9 rue de Rosny – 93100 MONTREUIL SOUS BOIS**

**STRICTEMENT  
CONFIDENTIEL**

**DEMANDE DE FORFAIT DE SURVEILLANCE EN SECTEUR CONVALESCENCE**  
CERTIFICAT MEDICAL DESTINE AU MEDECIN CONSEIL DE LA CAVIMAC  
(à remplir par le médecin traitant)

**DIAGNOSTIC**

Affections actuelles motivant la demande de prise en charge :

.....  
.....

Situation clinique actuelle :

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



Joindre obligatoirement les conclusions médicales :

- si examens paracliniques et ou consultations spécialisées
- si hospitalisation médecine et chirurgie

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

Antécédents :

.....  
.....

Thérapeutique médicale actuelle :

.....  
.....

Objectifs escomptés de la demande de prise en charge :

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

**SOINS ET SURVEILLANCE (cocher les cases correspondant aux besoins précis du malade)**

	Pas de besoin	Besoin modéré	Besoin important
Soins et surveillance médicale		Régulier	
Soins et surveillance infirmière/Nursing		Régulier mais bref	Lourd et fréquent
Soins de rééducation		1 à 3 fois/semaine	

Le

.....

Signature et cachet  
du médecin traitant

Cadre réservé au Service du Contrôle Médical de la CAVIMAC

ACCORD

REFUS

INSTANCE

Date : .....

Remarque :

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