

## CONTRAT DE PRISE EN CHARGE

Entre les parties soussignées à savoir

la société à responsabilité limitée Verbandskëscht, établie et ayant son siège social à 5, rue de Turi, L-3378 LIVANGE, inscrite au Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le numéro B163544, représentée aux fins des présentes par son gérant Monsieur Alex Mergen,

ci-après dénommée l' « Organisme Gestionnaire » du réseau d'une part, et

Nom marital :	
Nom de naissance :	
Prénom :	
Matricule :	
Adresse :	
Code Postal, Localité :	
Téléphone :	

dénommé(e) le « bénéficiaire de soins », d'autre part,

est convenu sur base de l'article 389 du Code de la Sécurité Sociale et de la loi du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées, le présent contrat de prise en charge (ci-après le « Contrat ») :

1. Le bénéficiaire de soins ou son représentant légal déclare engager l'Organisme Gestionnaire du réseau pour la délivrance des aides et soins, conseil et soutien et en cas de besoin la délivrance de prestations de soins et services infirmiers.
2. Le bénéficiaire de soins ou son représentant légal reconnaît également avoir reçu une copie du projet d'établissement décrivant les caractéristiques générales du plan individuel de prise en charge, qui lui est proposé et qui est annexé au présent contrat.
3. Le bénéficiaire de soins ou son représentant légal reconnaît avoir été informé en détail sur l'offre de services de l'Organisme Gestionnaire du réseau ainsi que du contenu du Contrat.
4. Intervention d'une tierce personne (Aidant) qui partage la dispensation des aides et soins avec l'Organisme Gestionnaire du réseau

OUI

NON

Si oui, merci de compléter les champs suivants :

Nom marital :	
Nom de naissance :	
Prénom :	

<b>Matricule :</b>	
<b>Lien avec le bénéficiaire de soin :</b>	
<b>Adresse :</b>	
<b>Code postal, Localité :</b>	
<b>Téléphone :</b>	

5. Le bénéficiaire de soins s'engage à être présent aux lieux, aux jours et aux horaires convenus avec l'Organisme Gestionnaire du réseau pour la dispense de ses aides et soins.
6. Dans le cadre du présent contrat de prise en charge, le bénéficiaire de soins est libre de désigner son médecin traitant.
7. Le bénéficiaire de soins s'engage à communiquer à l'Organisme Gestionnaire du réseau son absence prévisible au moins un jour à l'avance. Les frais résultants pour l'Organisme Gestionnaire du réseau de l'absence ou de l'indisponibilité du bénéficiaire de soins doivent être payés par le bénéficiaire de soins à partir du deuxième passage non décommandé.
8. L'Organisme Gestionnaire du réseau s'oblige à informer la Caisse Nationale de Santé en cas d'existence d'une déclaration d'indisponibilité de l'aidant, ainsi que de la fin de l'indisponibilité de ce dernier. En cas d'indisponibilité de l'aidant, les prestations en espèce ne seront pas dues et le bénéficiaire de soins peut, le cas échéant, demander à l'aidant le remboursement des paiements indument effectuées.
9. L'Organisme Gestionnaire du réseau s'engage à exécuter ses obligations conformément au plan d'établissement.
10. L'exécution des prestations est suspendue pendant le séjour du bénéficiaire de soins à l'hôpital, à un établissement hospitalier spécialisé, un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie ou un centre de diagnostic au sens de la loi du 8 mars 2018 relatives aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, une institution bénéficiant de la prise en charge par l'assurance maladie ou l'assurance contre les accidents, pendant le séjour temporaire dans un établissement visé à l'article 358 du Code de la sécurité sociale et en cas d'absence temporaire du bénéficiaire de soins pour des raisons personnelles, absence pendant laquelle il renonce aux aides et soins.
11. Les effets de la suspension commencent, soit le jour suivant l'admission du client à l'hôpital, l'institution ou l'établissement visé à l'article précédent, soit le jour suivant le départ du bénéficiaire de soins pour des raisons personnelles. Les effets de la suspension cessent le jour suivant le dernier jour de l'hospitalisation ou le jour qui suit la fin de la période de suspension demandée.
12. Le contrat de prise en charge prend fin de plein droit le jour de l'admission définitive du bénéficiaire de soins dans un établissement visé à l'article 358 du Code de la sécurité sociale ou le jour suivant la date du décès du bénéficiaire de soins.
13. Le bénéficiaire de soins ou son représentant légal peut résilier le contrat de prise en charge à tout moment et sans motif. En cas de décision de résilier le contrat de prise en charge, le bénéficiaire ou son représentant légal est tenu de notifier par écrit la résiliation à l'Organisme Gestionnaire du réseau par lettre recommandée. Le contrat de prise en charge prend fin à l'expiration d'un délai de préavis d'un mois. Le délai de préavis prend cours à l'égard de l'Organisme Gestionnaire du réseau à compter de la réception du courrier.

14. L'Organisme Gestionnaire du réseau peut résilier le contrat de prise en charge lorsqu'il lui est impossible d'accomplir son objet ou en raison d'incompatibilité grave dans les relations entre son personnel et le bénéficiaire de soins ou son entourage.
- L'Organisme Gestionnaire du réseau doit notifier la résiliation du contrat au bénéficiaire de soins et à son représentant légal par lettre recommandée avec indication des motifs étant à la base de la résiliation et la date de la fin du préavis d'un mois. Le contrat de prise en charge prend fin à l'expiration d'un délai de préavis d'un mois.
- Toutefois ce délai de préavis est abrégé et prend fin dès que le bénéficiaire de soins a trouvé un nouveau prestataire de services d'aide et de soins à domicile.
- Le contrat de prise en charge peut également être résilié avec effet immédiat, si le personnel de l'Organisme Gestionnaire du réseau est exposé à des agressions, des menaces ou autres faits portant atteinte ou risquant de porter atteinte à leur intégrité physique ou psychique. L'Organisme Gestionnaire du réseau doit informer par voie de communication sécurisée l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance de la résiliation pour motifs graves.
- Dans les cas visés par le présent article, l'Organisme Gestionnaire du réseau informera la Caisse Nationale de Santé de la fin du contrat de prise en charge.
15. Le bénéficiaire de soins ou le représentant légal est informé des prix des prestations à payer à l'Organisme Gestionnaire du réseau (annexe) et accepte que les frais non remboursés par la Caisse Nationale de Santé, ni par l'assurance dépendance, lui seront facturés par l'Organisme Gestionnaire du réseau. Les prix sont documentés sur le devis repris en annexe et varient en fonction de l'évolution de l'indice des salaires. Tout changement de tarification est notifié au bénéficiaire de soins et/ou à son représentant légal, par préavis de deux (2) mois.
- Les factures émises par l'Organisme Gestionnaire du réseau seront payables en Euros et dues de plein droit à la réception et au plus tard dans un délai d'un (1) mois à compter de leur date d'émission.
- Tout retard de paiement entraînera l'exigibilité d'un intérêt de retard au taux légal en vigueur.
- L'Organisme Gestionnaire du réseau pourra procéder au recouvrement judiciaire de toute facture impayée à l'expiration du délai d'un (1) mois qui suit l'émission de la facture, sans qu'il y ait lieu à une mise en demeure préalable.
16. Le bénéficiaire de soins ou son représentant légal reconnaît d'être informé que suite aux événements énumérés ci-dessous (sans que cette liste soit exhaustive), des frais susceptibles peuvent rester à sa charge :
- en cas d'absence ou de refus de délivrance des prestations de la part du bénéficiaire de soins ;
  - le rejet de la demande de prestations de l'assurance dépendance pour quelque cause que ce soit ;
  - la délivrance de prestations par le prestataire de services d'aide et de soins à domicile antérieurement au début de droit de prestations d'assurance dépendance tel que définie à l'article 362, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale ;
  - en cas de contestation de la synthèse de prise en charge, si le demandeur est débouté par une décision définitive ;
  - toute modification de prestations pouvant entraîner une adaptation des tarifs susceptibles de rester à la charge du bénéficiaire de soins et figurant au devis repris en annexe.
17. Le bénéficiaire de soins est informé qu'un dossier individuel à son profit sera établi par l'Organisme Gestionnaire du réseau lors de son admission. Son dossier de soins est digitalisé et une copie papier pourra être remise au bénéficiaire de soins ou à son représentant légal au besoin auprès du coordinateur responsable de la prise en charge du bénéficiaire de soins.

18. Conformément aux dispositions de la législation applicable dont notamment le règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (Règlement général sur la protection des données, ci-après « RGPD »), le bénéficiaire de soins reconnaît qu'il a été informé et qu'il accepte expressément que l'Organisme Gestionnaire du réseau utilise, tant pendant qu'après le contrat de prise en charge (pour autant que de besoin et sans préjudice quant au paragraphe 3 ci-dessous), dans le cadre des activités du réseau et dans la limite de la réglementation applicable, ses données à caractère personnel telles que notamment son nom, son prénom, son adresse, sa date et son lieu de naissance, des informations médicales en vue de l'administration des soins et son numéro de sécurité sociale. La base légale pour le traitement des données personnelles du bénéficiaire de soins est l'exécution du contrat de prise en charge conclu avec le bénéficiaire de soins. La finalité du traitement est l'administration autour ainsi que la bonne exécution du contrat de prise en charge. Une autre base légale pour le traitement des données personnelles par l'Organisme Gestionnaire du réseau peut être l'intérêt légitime du réseau respectivement une / des obligations légales s'appliquant au réseau qui exigent un tel traitement.

Finalement, le consentement du bénéficiaire de soins peut être une autre base légale justifiant un traitement de données personnelles. Le consentement peut être retiré à tout moment. Si le traitement de données est en parallèle basé sur une autre base légale, le retrait du consentement n'aura en principe pas d'impact sur le traitement effectué par l'Organisme Gestionnaire du réseau (ou du moins pas sur l'intégralité du traitement).

L'Organisme Gestionnaire du réseau tel que prémentionné est responsable du traitement des données à caractère personnel des bénéficiaires de soins.

Les personnes occupant les fonctions suivantes sont destinataires des données à caractère personnel du bénéficiaire de soins : Le personnel administratif et soignant du « réseau » avec un accès strictement limité aux personnes pour lesquelles le traitement des données s'avère indispensable.

Le bénéficiaire de soins est informé que l'Organisme Gestionnaire du réseau conservera des données concernant sa prise en charge, entre autre sous forme électronique, et marque expressément son accord sur le fait que ces données, pour un usage professionnel, puissent être stockées, respectivement transférées en tout autre lieu de travail du réseau, voire du groupe dont le réseau fait partie, à un sous-traitant, autre cocontractant du réseau etc. ainsi qu'à toute administration ou autorité publique (comme par exemple la Caisse Nationale de Santé) lorsque des obligations légales etc. s'appliquent au réseau.

Si le bénéficiaire de soins opte pour le « Dossier de Soins Partagé » à créer par E-Santé, l'Organisme Gestionnaire du réseau transmettra des données personnelles le concernant dans son « Dossier de Soins Partagé » auquel d'autres prestataires auront accès. Le transfert de données se fera en conformité avec le RGPD et les règles applicables au « Dossier de Soins Partagé ».

L'Organisme Gestionnaire du réseau conservera les données à caractère personnel du bénéficiaire de soins pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées et ceci sans préjudice du droit de l'Organisme Gestionnaire du réseau de conserver certaines données pour une durée plus longue en raison d'obligations légales / réglementaires s'appliquant au réseau, respectivement en raison de situations exceptionnelles qui justifieraient une conservation plus longue (procédure judiciaire etc.).

Le bénéficiaire de soins dispose, en plus d'un droit à l'information, d'un droit d'accès, d'un droit d'opposition et d'un droit de rectifier ses données personnelles, du droit à l'oubli et peut exiger l'effacement de données à caractère personnel, pour autant que des contraintes et obligations légales applicables au réseau ne s'y opposent pas.

Dans des cas particuliers précisés dans le RGPD, le bénéficiaire de soins peut également demander l'obtention de la limitation du traitement afin que les données à caractère personnel ne puissent, à l'exception de la conservation, être traitées qu'avec le consentement du bénéficiaire de soins.

Dans des cas particuliers précisés dans le RGPD, le bénéficiaire de soins dispose du droit de recevoir toutes les données à caractère personnel le concernant et fournies au réseau et de les transmettre à un autre responsable du traitement (droit à la portabilité des données). L'Organisme Gestionnaire du réseau se réserve le droit de facturer des frais pour un tel transfert, notamment en cas de demandes fréquentes et / ou en cas d'une demande jugée comme excessive au niveau du volume de données concernées. Le bénéficiaire de soins devra informer par écrit l'Organisme Gestionnaire du réseau en temps utile avant la fin de la relation de travail s'il entend faire usage de ce droit. À défaut, l'Organisme gestionnaire du réseau ne pourra être tenue responsable pour la suppression des données personnelles.

Sans préjudice de tout autre recours administratif ou juridictionnel, le bénéficiaire de soins dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale pour la protection des données s'il s'estime victime d'une violation au niveau du traitement de ses données personnelles.

Toute question en rapport avec le traitement de données personnelles est à adresser à Monsieur Alex Mergen, Directeur.

Le destinataire de soins reconnaît que la synthèse de prise en charge établie par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance et le cas échéant la répartition de l'exécution des prestations, de même que toutes leurs modifications ultérieures, font partie intégrante du présent contrat de prise en charge.

19. Les Parties conviennent expressément que si l'une ou l'autre clause du Contrat relative à ces dispositions contractuelles devait être déclarée nulle, cette nullité n'affecterait en rien les autres clauses du Contrat.
20. Le présent contrat ainsi que toutes autres relations entre parties sont régies par le droit luxembourgeois. Toutes les contestations seront soumises aux tribunaux de l'arrondissement de Luxembourg.
21. Le présent contrat et ses annexes forment un tout indissociable.
22. Les annexes listées ci-dessous font parties intégrantes du présent Contrat de prise en charge. Le bénéficiaire de soins ou son représentant légal reconnaît avoir reçu des explications sur les annexes ci-dessous :
  - Projet d'établissement (QR Code)
  - Devis de paiement direct
  - Liste de prix



23. Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée et prend effet le \_\_\_\_\_
24. Consentement photo : en tant que bénéficiaire j'accepte que l'Organisme Gestionnaire du réseau prenne des photos de mon visage, en vue d'un usage strictement interne, à des fins d'identification (visage) par le personnel soignant du réseau. Ces photos sont à intégrer dans mon dossier de soins. De plus, je suis parfaitement informé de mes droits en matière de protection de données personnelles tels que décrits à l'article 18 ci-dessus.

OUI

NON

Fait en double exemplaire à Luxembourg, le \_\_\_\_\_

.....

Responsable Verbandskëscht

.....

- Le bénéficiaire de soins  
 Son représentant légal\*  
 Une autre personne de contact \*\*

\* En cas de signature du représentant légal, merci de remplir les informations ci-dessous

### Représentant légal

<b>Nom marital :</b>	
<b>Nom de naissance :</b>	
<b>Prénom :</b>	
<b>Matricule :</b>	
<b>Adresse :</b>	
<b>Code Postal, Localité :</b>	
<b>Lien avec le bénéficiaire de soins (Parent, Tuteur, Curateur,...)</b>	

\*\* En cas de signature par une autre personne de contact

### Personne de contact

Tel que prévu par la loi « Lorsque l'utilisateur n'est pas en mesure de signer le contrat pour des raisons médicales et en l'absence d'un représentant légal, une des personnes de contact indiquées dans le dossier individuel de l'utilisateur signe provisoirement le contrat. Dès recouvrement des capacités à signer par l'utilisateur, le contrat d'hébergement est soumis pour signature à celui-ci. À défaut de recouvrement des capacités à signer, le contrat est soumis pour signature au représentant légal de l'utilisateur »

<b>Nom marital :</b>	
<b>Nom de naissance :</b>	
<b>Prénom :</b>	
<b>Matricule :</b>	
<b>Adresse :</b>	
<b>Code Postal, Localité :</b>	
<b>Lien avec le bénéficiaire de soins</b>	

## CONTRAT DE PRISE EN CHARGE

Entre les parties soussignées à savoir

la société à responsabilité limitée Verbandskëscht, établie et ayant son siège social à 5, rue de Turi, L-3378 LIVANGE, inscrite au Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg sous le numéro B163544, représentée aux fins des présentes par son gérant Monsieur Alex Mergen,

ci-après dénommée l' « Organisme Gestionnaire » du réseau d'une part, et

Nom marital :	
Nom de naissance :	
Prénom :	
Matricule :	
Adresse :	
Code Postal, Localité :	
Téléphone :	

dénommé(e) le « bénéficiaire de soins », d'autre part,

est convenu sur base de l'article 389 du Code de la Sécurité Sociale et de la loi du 23 août 2023 portant sur la qualité des services pour personnes âgées, le présent contrat de prise en charge (ci-après le « Contrat ») :

1. Le bénéficiaire de soins ou son représentant légal déclare engager l'Organisme Gestionnaire du réseau pour la délivrance des aides et soins, conseil et soutien et en cas de besoin la délivrance de prestations de soins et services infirmiers.
2. Le bénéficiaire de soins ou son représentant légal reconnaît également avoir reçu une copie du projet d'établissement décrivant les caractéristiques générales du plan individuel de prise en charge, qui lui est proposé et qui est annexé au présent contrat.
3. Le bénéficiaire de soins ou son représentant légal reconnaît avoir été informé en détail sur l'offre de services de l'Organisme Gestionnaire du réseau ainsi que du contenu du Contrat.
4. Intervention d'une tierce personne (Aidant) qui partage la dispensation des aides et soins avec l'Organisme Gestionnaire du réseau

OUI

NON

Si oui, merci de compléter les champs suivants :

Nom marital :	
Nom de naissance :	
Prénom :	

<b>Matricule :</b>	
<b>Lien avec le bénéficiaire de soin :</b>	
<b>Adresse :</b>	
<b>Code postal, Localité :</b>	
<b>Téléphone :</b>	

5. Le bénéficiaire de soins s'engage à être présent aux lieux, aux jours et aux horaires convenus avec l'Organisme Gestionnaire du réseau pour la dispense de ses aides et soins.
6. Dans le cadre du présent contrat de prise en charge, le bénéficiaire de soins est libre de désigner son médecin traitant.
7. Le bénéficiaire de soins s'engage à communiquer à l'Organisme Gestionnaire du réseau son absence prévisible au moins un jour à l'avance. Les frais résultants pour l'Organisme Gestionnaire du réseau de l'absence ou de l'indisponibilité du bénéficiaire de soins doivent être payés par le bénéficiaire de soins à partir du deuxième passage non décommandé.
8. L'Organisme Gestionnaire du réseau s'oblige à informer la Caisse Nationale de Santé en cas d'existence d'une déclaration d'indisponibilité de l'aidant, ainsi que de la fin de l'indisponibilité de ce dernier. En cas d'indisponibilité de l'aidant, les prestations en espèce ne seront pas dues et le bénéficiaire de soins peut, le cas échéant, demander à l'aidant le remboursement des paiements indument effectuées.
9. L'Organisme Gestionnaire du réseau s'engage à exécuter ses obligations conformément au plan d'établissement.
10. L'exécution des prestations est suspendue pendant le séjour du bénéficiaire de soins à l'hôpital, à un établissement hospitalier spécialisé, un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie ou un centre de diagnostic au sens de la loi du 8 mars 2018 relatives aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, une institution bénéficiant de la prise en charge par l'assurance maladie ou l'assurance contre les accidents, pendant le séjour temporaire dans un établissement visé à l'article 358 du Code de la sécurité sociale et en cas d'absence temporaire du bénéficiaire de soins pour des raisons personnelles, absence pendant laquelle il renonce aux aides et soins.
11. Les effets de la suspension commencent, soit le jour suivant l'admission du client à l'hôpital, l'institution ou l'établissement visé à l'article précédent, soit le jour suivant le départ du bénéficiaire de soins pour des raisons personnelles. Les effets de la suspension cessent le jour suivant le dernier jour de l'hospitalisation ou le jour qui suit la fin de la période de suspension demandée.
12. Le contrat de prise en charge prend fin de plein droit le jour de l'admission définitive du bénéficiaire de soins dans un établissement visé à l'article 358 du Code de la sécurité sociale ou le jour suivant la date du décès du bénéficiaire de soins.
13. Le bénéficiaire de soins ou son représentant légal peut résilier le contrat de prise en charge à tout moment et sans motif. En cas de décision de résilier le contrat de prise en charge, le bénéficiaire ou son représentant légal est tenu de notifier par écrit la résiliation à l'Organisme Gestionnaire du réseau par lettre recommandée. Le contrat de prise en charge prend fin à l'expiration d'un délai de préavis d'un mois. Le délai de préavis prend cours à l'égard de l'Organisme Gestionnaire du réseau à compter de la réception du courrier.



14. L'Organisme Gestionnaire du réseau peut résilier le contrat de prise en charge lorsqu'il lui est impossible d'accomplir son objet ou en raison d'incompatibilité grave dans les relations entre son personnel et le bénéficiaire de soins ou son entourage.
- L'Organisme Gestionnaire du réseau doit notifier la résiliation du contrat au bénéficiaire de soins et à son représentant légal par lettre recommandée avec indication des motifs étant à la base de la résiliation et la date de la fin du préavis d'un mois. Le contrat de prise en charge prend fin à l'expiration d'un délai de préavis d'un mois.
- Toutefois ce délai de préavis est abrégé et prend fin dès que le bénéficiaire de soins a trouvé un nouveau prestataire de services d'aide et de soins à domicile.
- Le contrat de prise en charge peut également être résilié avec effet immédiat, si le personnel de l'Organisme Gestionnaire du réseau est exposé à des agressions, des menaces ou autres faits portant atteinte ou risquant de porter atteinte à leur intégrité physique ou psychique. L'Organisme Gestionnaire du réseau doit informer par voie de communication sécurisée l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance de la résiliation pour motifs graves.
- Dans les cas visés par le présent article, l'Organisme Gestionnaire du réseau informera la Caisse Nationale de Santé de la fin du contrat de prise en charge.
15. Le bénéficiaire de soins ou le représentant légal est informé des prix des prestations à payer à l'Organisme Gestionnaire du réseau (annexe) et accepte que les frais non remboursés par la Caisse Nationale de Santé, ni par l'assurance dépendance, lui seront facturés par l'Organisme Gestionnaire du réseau. Les prix sont documentés sur le devis repris en annexe et varient en fonction de l'évolution de l'indice des salaires. Tout changement de tarification est notifié au bénéficiaire de soins et/ou à son représentant légal, par préavis de deux (2) mois.
- Les factures émises par l'Organisme Gestionnaire du réseau seront payables en Euros et dues de plein droit à la réception et au plus tard dans un délai d'un (1) mois à compter de leur date d'émission.
- Tout retard de paiement entraînera l'exigibilité d'un intérêt de retard au taux légal en vigueur.
- L'Organisme Gestionnaire du réseau pourra procéder au recouvrement judiciaire de toute facture impayée à l'expiration du délai d'un (1) mois qui suit l'émission de la facture, sans qu'il y ait lieu à une mise en demeure préalable.
16. Le bénéficiaire de soins ou son représentant légal reconnaît d'être informé que suite aux événements énumérés ci-dessous (sans que cette liste soit exhaustive), des frais susceptibles peuvent rester à sa charge :
- en cas d'absence ou de refus de délivrance des prestations de la part du bénéficiaire de soins ;
  - le rejet de la demande de prestations de l'assurance dépendance pour quelque cause que ce soit ;
  - la délivrance de prestations par le prestataire de services d'aide et de soins à domicile antérieurement au début de droit de prestations d'assurance dépendance tel que définie à l'article 362, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale ;
  - en cas de contestation de la synthèse de prise en charge, si le demandeur est débouté par une décision définitive ;
  - toute modification de prestations pouvant entraîner une adaptation des tarifs susceptibles de rester à la charge du bénéficiaire de soins et figurant au devis repris en annexe.
17. Le bénéficiaire de soins est informé qu'un dossier individuel à son profit sera établi par l'Organisme Gestionnaire du réseau lors de son admission. Son dossier de soins est digitalisé et une copie papier pourra être remise au bénéficiaire de soins ou à son représentant légal au besoin auprès du coordinateur responsable de la prise en charge du bénéficiaire de soins.

18. Conformément aux dispositions de la législation applicable dont notamment le règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (Règlement général sur la protection des données, ci-après « RGPD »), le bénéficiaire de soins reconnaît qu'il a été informé et qu'il accepte expressément que l'Organisme Gestionnaire du réseau utilise, tant pendant qu'après le contrat de prise en charge (pour autant que de besoin et sans préjudice quant au paragraphe 3 ci-dessous), dans le cadre des activités du réseau et dans la limite de la réglementation applicable, ses données à caractère personnel telles que notamment son nom, son prénom, son adresse, sa date et son lieu de naissance, des informations médicales en vue de l'administration des soins et son numéro de sécurité sociale. La base légale pour le traitement des données personnelles du bénéficiaire de soins est l'exécution du contrat de prise en charge conclu avec le bénéficiaire de soins. La finalité du traitement est l'administration autour ainsi que la bonne exécution du contrat de prise en charge. Une autre base légale pour le traitement des données personnelles par l'Organisme Gestionnaire du réseau peut être l'intérêt légitime du réseau respectivement une / des obligations légales s'appliquant au réseau qui exigent un tel traitement.

Finalement, le consentement du bénéficiaire de soins peut être une autre base légale justifiant un traitement de données personnelles. Le consentement peut être retiré à tout moment. Si le traitement de données est en parallèle basé sur une autre base légale, le retrait du consentement n'aura en principe pas d'impact sur le traitement effectué par l'Organisme Gestionnaire du réseau (ou du moins pas sur l'intégralité du traitement).

L'Organisme Gestionnaire du réseau tel que prémentionné est responsable du traitement des données à caractère personnel des bénéficiaires de soins.

Les personnes occupant les fonctions suivantes sont destinataires des données à caractère personnel du bénéficiaire de soins : Le personnel administratif et soignant du « réseau » avec un accès strictement limité aux personnes pour lesquelles le traitement des données s'avère indispensable.

Le bénéficiaire de soins est informé que l'Organisme Gestionnaire du réseau conservera des données concernant sa prise en charge, entre autre sous forme électronique, et marque expressément son accord sur le fait que ces données, pour un usage professionnel, puissent être stockées, respectivement transférées en tout autre lieu de travail du réseau, voire du groupe dont le réseau fait partie, à un sous-traitant, autre cocontractant du réseau etc. ainsi qu'à toute administration ou autorité publique (comme par exemple la Caisse Nationale de Santé) lorsque des obligations légales etc. s'appliquent au réseau.

Si le bénéficiaire de soins opte pour le « Dossier de Soins Partagé » à créer par E-Santé, l'Organisme Gestionnaire du réseau transmettra des données personnelles le concernant dans son « Dossier de Soins Partagé » auquel d'autres prestataires auront accès. Le transfert de données se fera en conformité avec le RGPD et les règles applicables au « Dossier de Soins Partagé ».

L'Organisme Gestionnaire du réseau conservera les données à caractère personnel du bénéficiaire de soins pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées et ceci sans préjudice du droit de l'Organisme Gestionnaire du réseau de conserver certaines données pour une durée plus longue en raison d'obligations légales / réglementaires s'appliquant au réseau, respectivement en raison de situations exceptionnelles qui justifieraient une conservation plus longue (procédure judiciaire etc.).

Le bénéficiaire de soins dispose, en plus d'un droit à l'information, d'un droit d'accès, d'un droit d'opposition et d'un droit de rectifier ses données personnelles, du droit à l'oubli et peut exiger l'effacement de données à caractère personnel, pour autant que des contraintes et obligations légales applicables au réseau ne s'y opposent pas.

Dans des cas particuliers précisés dans le RGPD, le bénéficiaire de soins peut également demander l'obtention de la limitation du traitement afin que les données à caractère personnel ne puissent, à l'exception de la conservation, être traitées qu'avec le consentement du bénéficiaire de soins.

Dans des cas particuliers précisés dans le RGPD, le bénéficiaire de soins dispose du droit de recevoir toutes les données à caractère personnel le concernant et fournies au réseau et de les transmettre à un autre responsable du traitement (droit à la portabilité des données). L'Organisme Gestionnaire du réseau se réserve le droit de facturer des frais pour un tel transfert, notamment en cas de demandes fréquentes et / ou en cas d'une demande jugée comme excessive au niveau du volume de données concernées. Le bénéficiaire de soins devra informer par écrit l'Organisme Gestionnaire du réseau en temps utile avant la fin de la relation de travail s'il entend faire usage de ce droit. À défaut, l'Organisme gestionnaire du réseau ne pourra être tenue responsable pour la suppression des données personnelles.

Sans préjudice de tout autre recours administratif ou juridictionnel, le bénéficiaire de soins dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale pour la protection des données s'il s'estime victime d'une violation au niveau du traitement de ses données personnelles.

Toute question en rapport avec le traitement de données personnelles est à adresser à Monsieur Alex Mergen, Directeur.

Le destinataire de soins reconnaît que la synthèse de prise en charge établie par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance et le cas échéant la répartition de l'exécution des prestations, de même que toutes leurs modifications ultérieures, font partie intégrante du présent contrat de prise en charge.

19. Les Parties conviennent expressément que si l'une ou l'autre clause du Contrat relative à ces dispositions contractuelles devait être déclarée nulle, cette nullité n'affecterait en rien les autres clauses du Contrat.
20. Le présent contrat ainsi que toutes autres relations entre parties sont régies par le droit luxembourgeois. Toutes les contestations seront soumises aux tribunaux de l'arrondissement de Luxembourg.
21. Le présent contrat et ses annexes forment un tout indissociable.
22. Les annexes listées ci-dessous font parties intégrantes du présent Contrat de prise en charge. Le bénéficiaire de soins ou son représentant légal reconnaît avoir reçu des explications sur les annexes ci-dessous :

- Projet d'établissement (QR Code)
- Devis de paiement direct
- Liste de prix



23. Le présent contrat est conclu pour une durée indéterminée et prend effet le \_\_\_\_\_
24. Consentement photo : en tant que bénéficiaire j'accepte que l'Organisme Gestionnaire du réseau prenne des photos de mon visage, en vue d'un usage strictement interne, à des fins d'identification (visage) par le personnel soignant du réseau. Ces photos sont à intégrer dans mon dossier de soins. De plus, je suis parfaitement informé de mes droits en matière de protection de données personnelles tels que décrits à l'article 18 ci-dessus.

OUI

NON

Fait en double exemplaire à Luxembourg, le \_\_\_\_\_

.....  
Responsable Verbandskëscht

- .....
- Le bénéficiaire de soins  
 Son représentant légal\*  
 Une autre personne de contact \*\*

\* En cas de signature du représentant légal, merci de remplir les informations ci-dessous

**Représentant légal**

<b>Nom marital :</b>	
<b>Nom de naissance :</b>	
<b>Prénom :</b>	
<b>Matricule :</b>	
<b>Adresse :</b>	
<b>Code Postal, Localité :</b>	
<b>Lien avec le bénéficiaire de soins (Parent, Tuteur, Curateur,...)</b>	

\*\* En cas de signature par une autre personne de confiance

**Personne de contact**

Tel que prévu par la loi « Lorsque l'utilisateur n'est pas en mesure de signer le contrat pour des raisons médicales et en l'absence d'un représentant légal, une des personnes de contact indiquées dans le dossier individuel de l'utilisateur signe provisoirement le contrat. Dès recouvrement des capacités à signer par l'utilisateur, le contrat d'hébergement est soumis pour signature à celui-ci. À défaut de recouvrement des capacités à signer, le contrat est soumis pour signature au représentant légal de l'utilisateur »

<b>Nom marital :</b>	
<b>Nom de naissance :</b>	
<b>Prénom :</b>	
<b>Matricule :</b>	
<b>Adresse :</b>	
<b>Code Postal, Localité :</b>	
<b>Lien avec le bénéficiaire de soins</b>	