



Cher Confrère,

Je vous adresse deux exemplaires de la convention de collaboration que vous voudrez bien nous retourner signés.

Conformément à nos accords, nous vous demandons de bien vouloir:

- Dès le début de la prise en charge, mettre à disposition des équipes soignantes au domicile du patient, une prescription reprenant le traitement médicamenteux complet de votre patient, actualisé à la date d'entrée de l'HAD,
- Remplir le support unique de prescription / administration mis à disposition dans le dossier à domicile, pour la prescription des médicaments afin de sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients,
- Renseigner le dossier du patient que vous prenez en charge, afin d'assurer la continuité des informations entre nos services et vous-même.

Je reste à votre disposition pour toute précision et pour une rencontre si vous le souhaitez.

Je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur Médical



**CONVENTION entre
L'HOPITAL A DOMICILE 35 et les MEDECINS LIBERAUX**

Entre

Docteur _____, médecin traitant
Domicilié(e) _____ d'une part,

Et

« L'Hôpital à Domicile 35 », dont le siège est situé Zone Atalante Champeaux – 7, Rue de Vezin 35000 RENNES,
représenté par sa Directrice, d'autre part.

PREAMBULE

La présente convention a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles les deux parties collaborent aux soins dispensés par « L'Hôpital à Domicile 35 ».

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

Article 1 - SOINS :

1. Pour toute personne prise en charge par « L'Hôpital à Domicile 35 », le service demande à l'intéressé, au moment de la prise en charge, de choisir librement parmi les médecins libéraux celui qui conduira le traitement à domicile. Celui-ci devra être signataire de la présente convention. La collaboration avec « L'Hôpital à Domicile 35 » s'effectue dans le respect des principes du libre choix et du paiement à l'acte.

En cas de refus ou d'impossibilité d'exprimer un choix, la responsable des soins peut faire appel à un médecin signataire de la convention.

2. En cas d'absence du médecin traitant, celui-ci informe l'HAD et indique quel confrère ou service assurera la continuité des soins.
3. Il n'existe aucun lien de subordination entre Docteur _____ et « L'Hôpital à Domicile 35 ».
4. Docteur _____ s'engage à participer avec « L'Hôpital à Domicile 35 » à l'élaboration du projet thérapeutique et à toutes discussions ultérieures dans un but de bon usage des soins et de fonctionnement optimal de l'HAD.

Le médecin traitant pourra trouver auprès d'« L'Hôpital à Domicile 35 » l'ensemble des informations utiles dans la conduite du traitement : dossier ou résumé de dossier médical hospitalier, dossier infirmier, dossier médico-social... Le médecin coordonnateur d'« L'Hôpital à Domicile 35 » sera à la disposition du médecin pour toute discussion.

Si une réunion de coordination s'avérait nécessaire pour optimiser la prise en charge du patient, elle serait alors rémunérée sur la base d'une visite.

Article 2 – HONORAIRES :

Docteur s'engage à signer à chacun de ses passages la feuille des honoraires médicaux et à noter la tarification (lettre clé) correspondant aux soins.

Il se fera régler par le patient suivant ces tarifs.

Article 3 – ASSURANCE PROFESSIONNELLE :

Tout praticien, y compris les remplaçants, exerce dans le cadre de l'Hôpital à Domicile sous couvert de son assurance Responsabilité Civile Professionnelle prenant en compte les risques de la profession et fournit l'attestation correspondante.

Article 4 – DUREE ET RESILIATION :

La présente convention est conclue pour une année, à compter de sa signature, renouvelable par tacite reconduction sauf dénonciation expresse par l'une des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, moyennant un préavis d'un mois.

En cas de manquement à ses obligations par l'une des parties, l'autre partie pourra mettre fin immédiatement à la présente convention par lettre recommandée avec accusé de réception.

Une résiliation amiable pourra également être prononcée en cours de validité sous réserve de l'accord des deux parties.

Fait à Rennes, le

« L'Hôpital à Domicile 35 »

La Directrice

**Le médecin traitant
(faire précéder la signature de la mention
« lu et approuvé »)**

Merci de retourner les 2 exemplaires signés à :
(1 exemplaire signé des 2 parties vous sera retourné)

**Hôpital à Domicile 35
Zone Atalante Champeaux – 7, Rue de Vezin
35000 RENNES**