

Démarche : Bilan Hébergement Temporaire Non Médicalisé au titre de l'activité 2025

Organisme : Bureau de la prise en charge en médecine, Chirurgie et Obstétrique (DGOS/P1)

Identité du demandeur

Email	
Civilité	
Nom	
Prénom	

Formulaire

Les données personnelles recueillies et traitées dans le cadre de ce bilan, sont réservées à un usage professionnel et conservées le temps strictement nécessaire à cette finalité. Ce traitement relève de l'exercice des missions d'intérêt public dont sont investis les ministères sociaux. Si vous souhaitez faire usage de vos droits (accès, rectification et limitation), contactez le délégué à la protection des données de la DGOS : DGOS-RGPD@sante.gouv.fr

Identité de l'établissement et du partenaire

Région	
Nom de l'établissement	
Site concerné (si établissement pluri-site dont un seul mobilise le dispositif HTNM)	
Finess juridique	
Finess juridique	
Finess géographique	
Finess géographique	

Bilan Hébergement Temporaire Non Médicalisé au titre de l'activité 2025

Catégorie juridique

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ CHU

☐ CH

☐ CLCC

☐ Privé à but non lucratif

☐ Privé à but lucratif

Nom de la personne en charge du dossier au sein de l'établissement de santé

Prénom de la personne en charge du dossier au sein de l'établissement de santé

Mail de la personne en charge du dossier au sein de l'établissement de santé

Numéro de téléphone de la personne en charge du dossier au sein de l'établissement de santé

Mode de réalisation de l'HTNM

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Externalisé (hôtels...)

☐ Internalisé (au sein de l'établissement de santé)

☐ Mixte

Nombre de partenaires avec qui l'établissement à une convention

Cliquez autant de fois, en fonction de vos nombres de partenaires avec une convention.

Synthèse des données partenaires (identification, distance, tarifs)

Nom du partenaire

Adresse du partenaire

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Fournir en annexe la convention

Type(s) d'hébergement

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Structures privées (hôtels,...)

Bilan Hébergement Temporaire Non Médicalisé au titre de l'activité 2025

☐ Maisons d'accueil hospitalières

☐ Autre

Si autre, précisez

Quelle est la distance qui sépare l'établissement partenaire de l'établissement de santé (en km) ?

Coût de la nuitée uniquement (€)

Laisser maximum 1 décimale

Coût petit déjeuner (€)

Laisser maximum 1 décimale

A qui la prestation "supplément petit-déjeuner" est-elle facturée ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Patient

☐ Mutuelle

☐ Non facturées (couvertes par l'établissement)

Si la facturation est effectuée aux patients, savez-vous si un remboursement AMC, tout ou partie, est parfois effectué ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Oui, un remboursement AMC est parfois effectué

☐ Non, un remboursement AMC n'est jamais effectué

☐ Ne sait pas

Coût demi-pension (€)

Laisser maximum 1 décimale

A qui la prestation "supplément demi-pension" est-elle facturée ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Patient

☐ Mutuelle

☐ Non facturées (couvertes par l'établissement)

Si la facturation est effectuée aux patients, savez-vous si un remboursement AMC, tout ou partie, est parfois effectué ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Oui, un remboursement AMC est parfois effectué

☐ Non, un remboursement AMC n'est jamais effectué

☐ Ne sait pas

Bilan Hébergement Temporaire Non Médicalisé au titre de l'activité 2025

Coût pension complète (€)

Laisser maximum 1 décimale

A qui la prestation "supplément pension complète" est-elle facturée ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Patient
- ☐ Mutuelle
- ☐ Non facturées (couvertes par l'établissement)

Si la facturation est effectuée aux patients, savez-vous si un remboursement AMC, tout ou partie, est parfois effectué ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Oui, un remboursement AMC est parfois effectué
- ☐ Non, un remboursement AMC n'est jamais effectué
- ☐ Ne sait pas

Coût accompagnant (€)

Laisser maximum 1 décimale

A qui la prestation "supplément accompagnant" est-elle facturée ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Patient
- ☐ Mutuelle
- ☐ Non facturées (couvertes par l'établissement)

Si la facturation est effectuée aux patients, savez-vous si un remboursement AMC, tout ou partie, est parfois effectué ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Oui, un remboursement AMC est parfois effectué
- ☐ Non, un remboursement AMC n'est jamais effectué
- ☐ Ne sait pas

Coût du trajet (HTNM-établissement de santé) (€)

Laisser maximum 1 décimale

A qui la prestation "supplément transport" est-elle facturée ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Patient
- ☐ Mutuelle
- ☐ Non facturées (couvertes par l'établissement)

Si la facturation est effectuée aux patients, savez-vous si un remboursement AMC, tout ou partie, est parfois effectué ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Bilan Hébergement Temporaire Non Médicalisé au titre de l'activité 2025

☐ Oui, un remboursement AMC est parfois effectué

☐ Non, un remboursement AMC n'est jamais effectué

☐ Ne sait pas

Nom du partenaire

Adresse du partenaire

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Fournir en annexe la convention

Type(s) d'hébergement

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Structures privées (hôtels,...)

☐ Maisons d'accueil hospitalières

☐ Autre

Si autre, précisez

Quelle est la distance qui sépare l'établissement partenaire de l'établissement de santé (en km) ?

Coût de la nuitée uniquement (€)

Laisser maximum 1 décimale

Coût petit déjeuner (€)

Laisser maximum 1 décimale

A qui la prestation "supplément petit-déjeuner" est-elle facturée ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Patient

☐ Mutuelle

☐ Non facturées (couvertes par l'établissement)

Si la facturation est effectuée aux patients, savez-vous si un remboursement AMC, tout ou partie, est parfois effectué ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Oui, un remboursement AMC est parfois effectué

Bilan Hébergement Temporaire Non Médicalisé au titre de l'activité 2025

☐ Non, un remboursement AMC n'est jamais effectué

☐ Ne sait pas

Coût demi-pension (€)

Laisser maximum 1 décimale

A qui la prestation "supplément demi-pension" est-elle facturée ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Patient

☐ Mutuelle

☐ Non facturées (couvertes par l'établissement)

Si la facturation est effectuée aux patients, savez-vous si un remboursement AMC, tout ou partie, est parfois effectué ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Oui, un remboursement AMC est parfois effectué

☐ Non, un remboursement AMC n'est jamais effectué

☐ Ne sait pas

Coût pension complète (€)

Laisser maximum 1 décimale

A qui la prestation "supplément pension complète" est-elle facturée ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Patient

☐ Mutuelle

☐ Non facturées (couvertes par l'établissement)

Si la facturation est effectuée aux patients, savez-vous si un remboursement AMC, tout ou partie, est parfois effectué ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Oui, un remboursement AMC est parfois effectué

☐ Non, un remboursement AMC n'est jamais effectué

☐ Ne sait pas

Coût accompagnant (€)

Laisser maximum 1 décimale

A qui la prestation "supplément accompagnant" est-elle facturée ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Patient

☐ Mutuelle

Bilan Hébergement Temporaire Non Médicalisé au titre de l'activité 2025

☐ Non facturées (couvertes par l'établissement)

Si la facturation est effectuée aux patients, savez-vous si un remboursement AMC, tout ou partie, est parfois effectué ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Oui, un remboursement AMC est parfois effectué

☐ Non, un remboursement AMC n'est jamais effectué

☐ Ne sait pas

Coût du trajet (HTNM-établissement de santé) (€)

Laisser maximum 1 décimale

A qui la prestation "supplément transport" est-elle facturée ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Patient

☐ Mutuelle

☐ Non facturées (couvertes par l'établissement)

Si la facturation est effectuée aux patients, savez-vous si un remboursement AMC, tout ou partie, est parfois effectué ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Oui, un remboursement AMC est parfois effectué

☐ Non, un remboursement AMC n'est jamais effectué

☐ Ne sait pas

Nom du partenaire

Adresse du partenaire

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Fournir en annexe la convention

Type(s) d'hébergement

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Structures privées (hôtels,...)

☐ Maisons d'accueil hospitalières

☐ Autre

Si autre, précisez

Quelle est la distance qui sépare l'établissement partenaire de l'établissement de santé (en km) ?

Bilan Hébergement Temporaire Non Médicalisé au titre de l'activité 2025

Coût de la nuitée uniquement (€)

Laisser maximum 1 décimale

Coût petit déjeuner (€)

Laisser maximum 1 décimale

A qui la prestation "supplément petit-déjeuner" est-elle facturée ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Patient
- ☐ Mutuelle
- ☐ Non facturées (couvertes par l'établissement)

Si la facturation est effectuée aux patients, savez-vous si un remboursement AMC, tout ou partie, est parfois effectué ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Oui, un remboursement AMC est parfois effectué
- ☐ Non, un remboursement AMC n'est jamais effectué
- ☐ Ne sait pas

Coût demi-pension (€)

Laisser maximum 1 décimale

A qui la prestation "supplément demi-pension" est-elle facturée ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Patient
- ☐ Mutuelle
- ☐ Non facturées (couvertes par l'établissement)

Si la facturation est effectuée aux patients, savez-vous si un remboursement AMC, tout ou partie, est parfois effectué ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Oui, un remboursement AMC est parfois effectué
- ☐ Non, un remboursement AMC n'est jamais effectué
- ☐ Ne sait pas

Coût pension complète (€)

Laisser maximum 1 décimale

A qui la prestation "supplément pension complète" est-elle facturée ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Patient

Bilan Hébergement Temporaire Non Médicalisé au titre de l'activité 2025

☐ Mutuelle

☐ Non facturées (couvertes par l'établissement)

Si la facturation est effectuée aux patients, savez-vous si un remboursement AMC, tout ou partie, est parfois effectué ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Oui, un remboursement AMC est parfois effectué

☐ Non, un remboursement AMC n'est jamais effectué

☐ Ne sait pas

Coût accompagnant (€)

Laisser maximum 1 décimale

A qui la prestation "supplément accompagnant" est-elle facturée ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Patient

☐ Mutuelle

☐ Non facturées (couvertes par l'établissement)

Si la facturation est effectuée aux patients, savez-vous si un remboursement AMC, tout ou partie, est parfois effectué ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Oui, un remboursement AMC est parfois effectué

☐ Non, un remboursement AMC n'est jamais effectué

☐ Ne sait pas

Coût du trajet (HTNM-établissement de santé) (€)

Laisser maximum 1 décimale

A qui la prestation "supplément transport" est-elle facturée ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Patient

☐ Mutuelle

☐ Non facturées (couvertes par l'établissement)

Si la facturation est effectuée aux patients, savez-vous si un remboursement AMC, tout ou partie, est parfois effectué ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Oui, un remboursement AMC est parfois effectué

☐ Non, un remboursement AMC n'est jamais effectué

☐ Ne sait pas

Modalités d'organisation et activité

L'établissement est invité à préciser les modalités d'organisation de la prestation d'hébergement mise en place

Bilan Hébergement Temporaire Non Médicalisé au titre de l'activité 2025

Date de commencement d'activité pour l'établissement de santé

(Mois/Année)

Capacité d'hébergement maximum (Nombre maximal de chambres pouvant accueillir des patients à un instant T)

Quelle est la durée moyenne d'un hébergement en HTNM dans votre établissement ? (en nombre de nuitées)

Quel est le profil et parcours type des patients accueillis en HTNM dans votre établissement

Quel est le profil et parcours type des patients accueillis en HTNM dans votre établissement

Quel est le profil et parcours type des patients accueillis en HTNM dans votre établissement

Quel est le profil et parcours type des patients accueillis en HTNM dans votre établissement

Mise en place par l'établissement d'un transport entre le lieu d'hébergement et l'établissement de santé

Ex : navette de l'hôpital pour trajets quotidiens

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Non

☐ Pédestre

☐ Navette de l'hôpital

☐ Transport en commun

☐ Autre

Si autre, précisez

En cas de prestation internalisée : le bâtiment qui accueille le dispositif est-il dans un bâtiment distinct (sur le même site) ou dans le même bâtiment que l'activité de soins de l'établissement de santé ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ La prestation est réalisée dans un bâtiments distinct

☐ La prestation est réalisée dans le même bâtiment que l'activité de soins de l'établissement de santé

Combien de services / spécialités (au sein de l'établissement de santé) ont envoyé des patients en HTNM lors de l'année écoulée ?

Bilan Hébergement Temporaire Non Médicalisé au titre de l'activité 2025

Services / Spécialités qui ont recours à l'HTNM

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ ALLERGOLOGIE
- ☐ CARDIOLOGIE
- ☐ CHIRURGIE CARDIAQUE
- ☐ CHIRURGIE DENTAIRE
- ☐ CHIRURGIE GENERALE
- ☐ CHIRURGIE INFANTILE
- ☐ CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
- ☐ CHIRURGIE ORALE
- ☐ CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
- ☐ CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
- ☐ CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
- ☐ CHIRURGIE UROLOGIQUE
- ☐ CHIRURGIE VASCULAIRE
- ☐ CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
- ☐ DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE
- ☐ ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISMES
- ☐ GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE
- ☐ GERIATRIE
- ☐ GREFFE
- ☐ GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE MEDICALE
- ☐ MEDECINE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
- ☐ MEDECINE D'URGENCE
- ☐ MEDECINE GENERALE
- ☐ MEDECINE INTERNE
- ☐ MEDECINE NUCLEAIRE
- ☐ MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
- ☐ MEDECINE VASCULAIRE
- ☐ NEPHROLOGIE
- ☐ NEUROCHIRURGIE
- ☐ NEUROLOGIE
- ☐ NEUROPSYCHIATRIE

Bilan Hébergement Temporaire Non Médicalisé au titre de l'activité 2025

☐ OBSTÉTRIQUE

☐ ONCOLOGIE MEDICALE

☐ OPHTALMOLOGIE

☐ ORL ET CCF

☐ PEDIATRIE

☐ PNEUMOLOGIE

☐ RADIOTHERAPIE

☐ RHUMATOLOGIE

☐ SMR

☐ UROLOGIE

☐ TRAITEMENT DES GRANDS BRULES

☐ AUTRE

Si autre, précisez laquelle

Modalités de gestion de la prestation d'hébergement et de la réservation des chambres

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Outil informatique

☐ Mail

☐ Téléphone

☐ Autre

Si autre, précisez

Existe-t-il une procédure spécifique en cas d'urgence vitale survenant dans le site d'hébergement ou de recours à un appel médical urgent

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Difficultés rencontrées (disponibilité restreinte de chambre selon les périodes (ex : haute saison touristique), absence de services volontaires, absence de patients volontaires...)

Financement

Partie dédiée à la partie internalisée de la prestation

Coût de la nuitée uniquement (€)

Laisser maximum 1 décimale

Bilan Hébergement Temporaire Non Médicalisé au titre de l'activité 2025

Coût petit déjeuner (€)

Laisser maximum 1 décimale

A qui la prestation "supplément petit-déjeuner" est-elle facturée ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Patient
- ☐ Mutuelle
- ☐ Non facturées (couvertes par l'établissement)

Si la facturation est effectuée aux patients, savez-vous si un remboursement AMC, tout ou partie, est parfois effectué ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Oui, un remboursement AMC est parfois effectué
- ☐ Non, un remboursement AMC n'est jamais effectué
- ☐ Ne sait pas

Coût demi-pension (€)

Laisser maximum 1 décimale

A qui la prestation "supplément demi-pension" est-elle facturée ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Patient
- ☐ Mutuelle
- ☐ Non facturées (couvertes par l'établissement)

Si la facturation est effectuée aux patients, savez-vous si un remboursement AMC, tout ou partie, est parfois effectué ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Oui, un remboursement AMC est parfois effectué
- ☐ Non, un remboursement AMC n'est jamais effectué
- ☐ Ne sait pas

Coût pension complète (€)

Laisser maximum 1 décimale

A qui la prestation "supplément pension complète" est-elle facturée ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Patient
- ☐ Mutuelle
- ☐ Non facturées (couvertes par l'établissement)

Si la facturation est effectuée aux patients, savez-vous si un remboursement AMC, tout ou partie, est parfois effectué ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Bilan Hébergement Temporaire Non Médicalisé au titre de l'activité 2025

- ☐ Oui, un remboursement AMC est parfois effectué
- ☐ Non, un remboursement AMC n'est jamais effectué
- ☐ Ne sait pas

Coût accompagnant (€)

Laisser maximum 1 décimale

A qui la prestation "supplément accompagnant" est-elle facturée ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Patient
- ☐ Mutuelle
- ☐ Non facturées (couvertes par l'établissement)

Si la facturation est effectuée aux patients, savez-vous si un remboursement AMC, tout ou partie, est parfois effectué ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Oui, un remboursement AMC est parfois effectué
- ☐ Non, un remboursement AMC n'est jamais effectué
- ☐ Ne sait pas

Coût du trajet (HTNM-établissement de santé) (€)

Laisser maximum 1 décimale

A qui la prestation "supplément transport" est-elle facturée ?

HTNM - établissement de santé

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Patient
- ☐ Mutuelle
- ☐ Non facturées (couvertes par l'établissement)

Si la facturation est effectuée aux patients, savez-vous si un remboursement AMC, tout ou partie, est parfois effectué ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Oui, un remboursement AMC est parfois effectué
- ☐ Non, un remboursement AMC n'est jamais effectué
- ☐ Ne sait pas

Evaluation globale

Les objectifs poursuivis lors de la mise en place du dispositif : Pour chaque objectif, attribuez une note de 0 - sans importance, à 5 - très important)

Améliorer la satisfaction des patients

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Bilan Hébergement Temporaire Non Médicalisé au titre de l'activité 2025

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

Cet objectif a t-il été atteint ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Si non, expliquez pourquoi?

Diminuer le transport pour les patients en séances :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

Cet objectif a t-il été atteint ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Si non expliquez pourquoi ?

Diminuer la durée moyenne de séjour pour les séjours d'hospitalisation

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

Cet objectif a t-il été atteint ?

Cochez la mention applicable

Bilan Hébergement Temporaire Non Médicalisé au titre de l'activité 2025

☐ Oui

☐ Non

Si non, expliquez pourquoi ?

Améliorer l'accessibilité aux soins des patients plus éloignés ou isolés

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

Cet objectif a t-il été atteint ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Si non, expliquez pourquoi ?

Augmenter le nombre de patients traités à capacité inchangée

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

Cet objectif a t-il été atteint ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Si non, expliquez pourquoi ?