

5 - REEDUCATION DU MEMBRE SUPERIEUR PAR ASSISTANCE **ROBOTISEE** (Les dispositifs motorisés sont exclus)

- ☐ Vous disposez d'un équipement de ce type → allez au **point 1**
- ☐ Vous ne disposez pas d'un tel équipement mais vous êtes concernés au titre des **prestations inter établissements** → allez au **point 8**

1) DESCRIPTION DE L'EQUIPEMENT

➤ Précisez ce dont vous disposez

Cochez les cases correspondantes et indiquez la date d'installation (année).

☐ Manipulateurs robotisés

- ☐ MIT Manus/InMotion Date [__]
- ☐ Bi-Manu Track Date [__]
- ☐ Nerebot Date [__]
- ☐ Maribot Date [__]
- ☐ Kinehaptique Date [__]
- ☐ Gentle/s Date [__]
- ☐ Autre :

▪ Nature de l'équipement (nom du fabricant) [_____]

▪ Date [__]

☐ ManipulaSystèmes d'orthèses robotisées

- ☐ ARMEO Date [__]
- ☐ ARMin Date [__]
- ☐ Rupert Date [__]
- ☐ ARM-guide Date [__]
- ☐ Dual Robotic System Date [__]
- ☐ Mirror-image movement enabler (Mime) Date [__]
- ☐ Autre :

▪ Nature de l'équipement (nom du fabricant) [_____]

▪ Date [__]

☐ Station de travail AutoCITE Date [__]

☐ Autre :

▪ Nature de l'équipement (nom du fabricant) [_____]

▪ Date [__]

➤ Valeur et modalités d'acquisition ou d'installation

Pour chaque date d'installation/d'acquisition renseignée veuillez préciser les modalités d'acquisition de l'équipement :

☐ Location

☐ Crédit-bail

♦ Valeur d'acquisition mentionnée dans le contrat [_____]

☐ Achat

♦ Valeur d'acquisition¹ [_____]

♦ Durée d'amortissement retenue [_____]

♦ Type d'amortissement retenu

☐ Linéaire

☐ Autre : précisez [_____]

¹ Valeur d'acquisition hors ristournes et rabais.

2) DESCRIPTION DES LOCAUX

Espace nécessaire pour la réalisation de l'activité sur l'équipement considéré

- ◆ Surface de la zone d'implantation de l'équipement (en m² SHON) [_____]

3) ACTIVITE 2010Nombre total de passages réalisés sur le plateau considéré² [_____]

- ◆ **dont** nombre de passages au bénéfice de patients hospitalisés au sein de l'étabt
 - en SSR [_____]
 - dans un autre champ³ [_____]
- ◆ **dont** nombre de passages au bénéfice de patients hospitalisés dans un autre étabt
 - en SSR [_____]
 - dans un autre champ² [_____]
- ◆ **dont** nombre de passages au bénéfice de patients non hospitalisés et pris en charge par un intervenant salarié de l'étabt [_____]

4) RESSOURCES HUMAINES MOBILISEES A L'OCCASION DE LA REALISATION DES ACTES⁴

Personnel réalisant les actes ou intervenant « en appui » (ingénieur biomédical, aide soignant, maître nageur, ...).
Toutes les activités sont prises en compte à l'exclusion des actes réalisés par des intervenants libéraux au bénéfice de patients non hospitalisés.

	Personnel salarié, mis à disposition, intérimaire		Intervenant libéral	
	Nb d'ETP rémunérés annuels	Montant des rémunérations ⁵ (salaires + charges)	Montant honoraires (base de remboursement) S3404 ⁶	Autre ⁷
Personnel non médical				
Kinésithérapeute				
Enseignant en activité physique adaptée				
Autre : précisez				
Personnel médical				

5) ACHATS A CARACTERE MEDICAL

- ◆ Coût des consommables médicaux liés à l'équipement (en €) [_____]

6) CHARGES LIEES A L'EQUIPEMENT➤ **Charges annuelles**

- ◆ Charges d'amortissement (en €) [_____]
- ◆ Crédit-bail (en €) [_____]
- ◆ Location (en €) [_____]
- ◆ Entretien et maintenance : sous-traitance ou personnel salarié de l'étabt (en €) . [_____]

² Exclusion faite de deux situations particulières qui ne doivent pas être comptabilisées : activité réalisée par des intervenants libéraux au bénéfice de patients non hospitalisés ; activité qui ne relève pas d'une activité de soins (utilisation de l'appareil d'isocinétisme pour l'évaluation de sportifs, ...).

³ MCO, psychiatrie, ...

⁴ Le personnel d'entretien et de maintenance des équipements et des locaux ne rentre pas dans ce cadre.

⁵ Ces données sont automatiquement renseignées en fonction de ce qui a été déclaré dans la fiche « Caractéristiques générales de l'établissement ».

⁶ Honoraires en « base de remboursement » figurant sur la partie basse du bordereau de facturation S3404.

⁷ Honoraires versés directement par l'établissement à l'intervenant et dont le coût est supporté par l'établissement.

7) PRODUITS GENERES PAR LA MOBILISATION DE L'EQUIPEMENT

- ♦ Redevances versées par les intervenants libéraux⁸ (en €) [_____]
- ♦ Produits d'activités annexes (en €) [_____]
- ♦ Recouvrement de factures émises au titre de prestations réalisées
au bénéfice de patients pris en charge au sein d'autres étbts (en €) [_____]

8) PRESTATIONS INTER ETABLISSEMENTS

Seules sont prises en compte les charges liées au règlement des factures pour des patients hospitalisés en SSR et adressés à un autre établissement pour la réalisation de l'acte.

- ♦ Montant des factures (en €) [_____]
- ♦ Nb d'actes concernés..... [_____]

⁸ Les redevances correspondent au coût des moyens nécessaires à la réalisation des actes, supportés par l'établissement, et couverts par les honoraires perçus par l'intervenant libéral.