

DÉCLARATION CIRCONSTANCIÉE SINISTRES MÉDICAUX

POURQUOI REMPLIR CE FORMULAIRE ?

Le recueil de l'ensemble de ces informations et des documents est indispensable pour traiter, de manière optimale, la réclamation et instruire efficacement le dossier.

RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS

à adresser à l'intention du Docteur Thierry HOUSELSTEIN, Directeur médical

- De préférence par mail : sinistres.medicaux@macsf.fr
- Ou par courrier postal à l'adresse suivante :

Groupe MACSF
Sinistres Responsabilité Civile Professionnelle
10 Cours du Triangle de l'Arche - TSA 80500 -
92919 LA DÉFENSE CEDEX
Tél : 01.71.25.20.25

1. VOUS (LE SOCIÉTAIRE) Numéro de sociétaire :

Nom : Prénom :

Adresse :

Commune : Code postal

Tél. professionnel Tél. portable

Adresse mail :

Jours et heures de disponibilité par téléphone :

PROFESSION :

- Médecin (spécialité) :
- Pharmacien Sage-femme Autre profession de santé (à préciser) :

2. STATUT CONCERNÉ PAR LE SINISTRE

Libéral exclusif

Hospitalier exclusif Salarié

Nom de l'établissement :

Nom de l'assureur de l'établissement :

Activité mixte (patient(e) pris(e) en charge à la fois en secteur libéral et public)

Nom de l'établissement :

Nom de l'assureur de l'établissement :

Merci de nous apporter les précisions suivantes :

Consultation(s) pré opératoire(s) : Secteur privé Secteur public

Intervention chirurgicale : Secteur privé Secteur public

Suivi post opératoire : Secteur privé Secteur public

Remplaçant libéral (Joindre la copie de l'autorisation du Conseil de l'Ordre)

3. VOTRE DÉCLARATION

S'agit-il ?

D'UNE DÉCLARATION DE PRUDENCE ?

Constitue une déclaration de prudence tout évènement n'ayant pas encore fait l'objet d'une réclamation par le/la patient(e) ou ses ayants-droit mais laissant craindre une réclamation

D'UNE DÉCLARATION FAISANT SUITE A UNE RÉCLAMATION ?

Date/Période de soins :

Date de la réclamation :

Merci de joindre à votre envoi la copie de la réclamation reçue (convocation, assignation, courrier de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation, lettre du patient, de son avocat, de son assureur, courrier du Conseil de l'Ordre ...)

4. LE/LA PATIENT(E)

Nom : Prénom :

Homme Femme Date de naissance :

Décès OUI NON Date de décès :

Adresse mail :

Adresse postale :

.....

Profession :

5. RAPPORT CIRCONSTANCIÉ

Sur papier libre dactylographié, merci de nous résumer :

- Les principaux antécédents et/ou traitements du patient pouvant interférer
- Les faits et votre prise en charge de manière chronologique
- La nature de la(les) complication(s) survenue(s) et la prise en charge
- L'état actuel et les séquelles possibles du patient
- Eventuellement, vos commentaires sur le patient, les faits, votre responsabilité

A CE STADE DU DOSSIER, N'ADRESSEZ AUCUNE PIÈCE MÉDICALE