

DÉCLARATION CIRCONSTANCIÉE SINISTRES DENTAIRES

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 Patrick MARCHAND, Directeur du Comité dentaire

• De préférence par mail : sinistres.dentaires@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 :

PROFESSION :

Chirurgien-dentiste

Stomatologue

Autre (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 :

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 À 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 :

Nom de jeune fille :

Homme Femme Date de naissance

Décès OUI NON Date de décès

Adresse mail :

Adresse postale :

Commune : Code postal

Profession :

Assuré(e) social(e) OUI NON CMU OUI NON

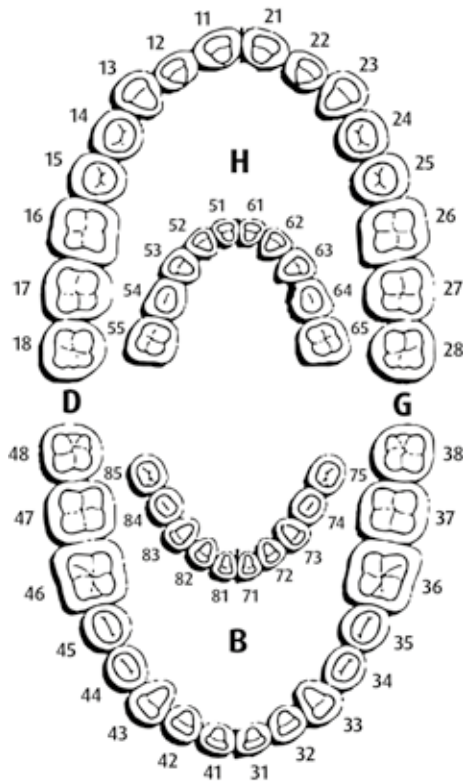
5. RAPPORT CIRCONSTANCIÉ

Sur papier libre dactylographié, merci de nous résumer :

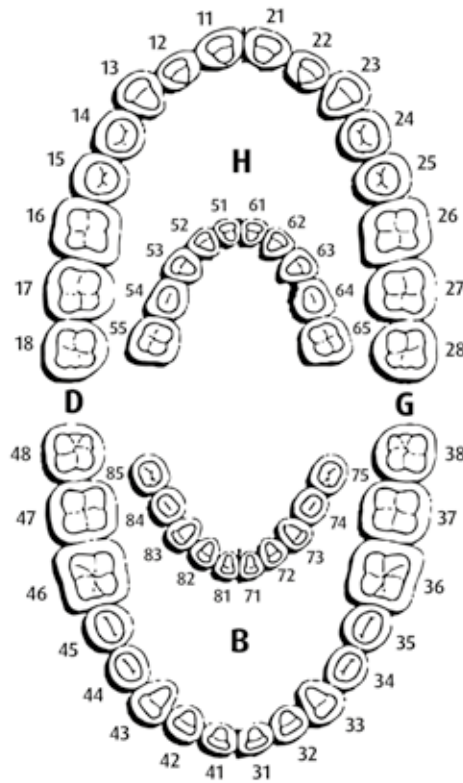
- Les principaux antécédents et/ou traitements du patient pouvant interférer
- Les faits et votre prise en charge de manière chronologique
- La nature de la(les) complication(s) survenue(s) et la prise en charge
- L'état actuel et les séquelles possibles du patient
- Eventuellement, vos commentaires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

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

TRÈS IMPORTANT : S'il s'agit d'un litige thérapeutique, remplir impérativement le schéma dentaire sur lequel seront notées les informations essentielles permettant de déterminer l'état antérieur et l'état actuel :



ÉTAT ANTÉRIEUR



ÉTAT ACTUEL

ÉTAT ANTÉRIEUR À VOS SOINS :

- DENTS ABSENTES :

.....

- HYGIÈNE BUCCALE : BONNE
- MOYENNE
- MAUVAISE

ANOMALIES :

.....

ÉTAT ANTÉRIEUR À VOS SOINS :

- RESTAURATIONS PROTHÉTIQUES CONJOINTES

- Nature et localisation :

- RESTAURATIONS PROTHÉTIQUES ADJOINTES

- Nature et localisation :

