

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

statuant en matière d'assurance de responsabilité civile médicale

QUESTIONNAIRE – PROPOSITION

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

PROFESSIONNELLE

ETABLISSEMENTS DE SANTE

REPLIR IMPERATIVEMENT TOUS LES DOCUMENTS AU STYLO NOIR

Identité du Proposant :N° SIREN.....

Contrat en cours :

- date de fin des garanties : _____

- nom de l'assureur : _____

**CE QUESTIONNAIRE EST A RETOURNER SIGNE AVEC TOUTES SES ANNEXES
PAR VOIE POSTALE**

Principales caractéristiques de l'établissement

RAISON SOCIALE ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT :

Répéter N° SIREN : _____

Adresse de ou des établissement(s) assuré(s) autre(s) que l'établissement principal :

N° 2 :

N° 3 :

Nom du responsable des assurances : _____

Téléphone : _____

Télécopie : _____

E-mail : _____

STATUT JURIDIQUE DE L'ASSURE

CAPACITE DE L'ETABLISSEMENT

Catégorie dans laquelle est classé l'établissement : _____

	Nombre de lits	Nombre de places	Chiffre d'affaires HT ou Budget autorisé du dernier exercice comptable (1) (2)			Résultats		
			Année n	Année n-1	Année n-2	Année n	Année n-1	Année n-2
Médecine								
Moyen séjour								
Long séjour								
Chirurgie								
Psychiatrie								
Obstétrique (3)								
Soins de suite et de réadaptation								
TOTAL								

(1) Précisez l'année du dernier exercice comptable : _____

(2) Précisez, le cas échéant, le chiffre d'affaires de la chirurgie esthétique non réparatrice HT : _____

(3) Dans l'hypothèse d'un service d'obstétrique, précisez le nombre de naissances/an : _____

Activité de l'établissement

DESCRIPTION DE L'ACTIVITE :

DISCIPLINES (cocher la ou les cases)

- Médecine
- Chirurgie
- Obstétrique
- Psychiatrie
- Soins de suite et de réadaptation
- Soins de longue durée

SPECIFICITES (cocher la ou les cases)

- Transplantation d'organe / greffe de moelle osseuse
 - Traitement des grands brûlés
 - Neurochirurgie
 - Accueil et traitement des urgences
 - Réanimation
 - Radiothérapie
 - Chimiothérapie
 - Néonatalogie
 - Traitement de l'insuffisance rénale
 - Procréation médicalement assistée
 - Réadaptation fonctionnelle
 - Chirurgie esthétique (non réparatrice)
 - Diagnostic ante – natal
 - Autres (les décrire) : _____
-
-

Commentaires : _____

Activité de l'établissement

	Personnels salariés		Personnels non salariés		Nombre total	
	Réel	ETP*	Réel	ETP*	Réel	ETP*
I) PERSONNEL MEDICAL						
Médecins						
Chirurgiens						
Chirurgien obstétrique						
Gynécologue obstétricien						
Pharmaciens						
Anesthésistes						
Sages-femmes						
II) PERSONNEL PARA-MEDICAL						
Aides soignantes						
Infirmières						
Kinésithérapeutes						
Autres						
III) PERSONNEL ADMINISTRATIF						
TOTAL GENERAL I + II + III						

* Equivalent Temps Plein

Masse salariale brute des personnels salariés : _____

Chiffre d'affaires (honoraires) HT – TTC* des personnels non salariés : _____

* préciser si HT ou TTC

Activité de l'établissement

GESTION DES LOCAUX

Date de construction et de rénovation des bâtiments : _____

Politique d'investissements :

Investissements Spécialités concernées	Rénovations réalisées		Investissements programmés	
	Date de la rénovation	Montant de budget	Date prévisionnelle	Budget alloué

Prévention des risques

1 - L'établissement a-t-il reçu l'accréditation ?..... OUI – NON

Dans la négative, précisez la date d'engagement à l'accréditation : _____

Dans l'affirmative, indiquer la date et quelles sont les appréciations (et éventuelles réserves) du collège d'accréditation ?

Quelles sont les prochaines étapes prévues ? _____

2 - L'établissement dispose-t-il d'un professionnel de la qualité ?... . OUI – NON

3 - Existe-t-il un programme rédigé de mise en place
d'une démarche de gestion de la qualité et des risques ?..... OUI – NON

4 - Un comité multidisciplinaire permettant de coordonner
la mise en place de cette démarche a-t-il été créé ?..... OUI – NON

5 - Existe-t-il une fiche de signalement des évènements
indésirables et un circuit de signalement ?..... OUI – NON

6 - Disposez-vous d'un responsable de la gestion de la
qualité et des risques ?..... OUI – NON

7 - Existe-t-il une méthodologie d'analyse et de traitement
des risques identifiés ?..... OUI – NON

8. Une procédure écrite de gestion des réclamations
est-elle mise en place ? _____ OUI – NON

si oui, fournir copie de la procédure d'investigation avec la précision de la personne responsable qui assure le suivi des dossiers

9 - Une procédure écrite de gestion des plaintes
est-elle mise en place ?..... OUI – NON

Si oui, fournir copie de la procédure d'investigation avec la précision de la personne responsable qui assure le suivi des plaintes

10 - Existe-t-il au sein de l'établissement une charte de fonctionnement des équipes médicales (y compris en ce qui concerne les services de garde) ?... OUI - NON

Si oui, la transmettre

Si non, décrire les règles de fonctionnement au sein du service ? _____

Organisation des services de garde (nuits, week-ends, jours fériés)

- au sein des services :

- Astreintes sur place
- Astreintes à domicile

- au sein des services d'urgences

- Astreintes sur place
- Astreintes à domicile

Comités et Vigilance

CONFERENCE MEDICALE :

- Fréquence des réunions : ___ / an
- Existe-t-il des comptes rendus ?..... OUI – NON
- Date de la dernière réunion ? _____

COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL :

- Fréquence des réunions : ___ / an
- Existe-t-il des comptes rendus ?..... OUI – NON
- Date de la dernière réunion ? _____

LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES :

- Des procédures écrites sont-elles mises en place ?..... OUI – NON
- Nombre d'incidents signalés sur les 5 dernières années : _____
- Date du dernier incident : _____

HEMOVIGILANCE :

- Des procédures écrites sont-elles mises en place ?..... OUI – NON
- Nombre d'incidents signalés sur les 5 dernières années : _____
- Date du dernier incident : _____

PHARMACOVIGILANCE :

- Des procédures écrites sont-elles mises en place ?..... OUI – NON
- Nombre d'incidents signalés sur les 5 dernières années : _____
- Date du dernier incident : _____

MATERIOVIGILANCE

- Des procédures écrites sont-elles mises en place ?..... OUI – NON
- Nombre d'incidents signalés sur les 5 dernières années : _____
- Date du dernier incident : _____

Avez-vous connaissance de réclamations supérieures à 76 000 euros ?..... OUI – NON

Si oui indiquez sur une feuille annexe la date du fait générateur, la date de la réclamation, la nature, les circonstances et le montant actuel des règlements effectués et / ou des évaluations.

Eléments à joindre à la présente proposition

Joindre le cas échéant toute documentation ou brochure synthétiques sur la nature des activités exercées, susceptibles d'éclairer la demande et notamment les risques présentés.

**CE QUESTIONNAIRE EST A RETOURNER SIGNE AVEC TOUTES SES ANNEXES
PAR VOIE POSTALE**

Informations concernant la sinistralité sur les 5 dernières années pour chacune des garanties souscrites
(Les statistiques sont à solliciter auprès de l'assureur concerné ou la liste est à réaliser de façon exhaustive pour permettre l'analyse)

Copie de la page d'enregistrement de la dernière réclamation et de la dernière plainte

Liste nominative des médecins avec leur spécialité + date de début d'activité au sein de l'établissement

Liste des équipements lourds soumis à autorisation

Projet de développement

Les conclusions du rapport d'accréditation

Je soussigné, certifie que toutes les réponses faites au présent questionnaire sont à ma connaissance sincères et exactes

Fait à _____ le _____ heure

Signature :