

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Date de thèse :

Inscription au tableau de l'Ordre du Département :

Sous le n° :

Le :

Qualification obtenue le :

EXERCICE LIBERAL

Date de première installation :

Indépendant SCM SCP SEL Société de fait Autre :..... (entourer la situation correspondante)

Dans un ou plusieurs établissements hospitaliers privés : OUI NON

Si oui, adresses :

Exercez-vous uniquement comme remplaçant ? OUI NON

Si oui,

Avec contrat(s) de remplacement ? OUI NON

Et si vous n'êtes pas encore inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins, vous êtes titulaire d'une licence de remplacement depuis combien de temps ? Quelle est sa date limite de validité :

EXERCICE A L'HOPITAL PUBLIC

Nom(s) et adresse(s) du (ou des) établissement(s) où vous exercez :

Exercice à temps partiel : OUI NON

Exercice à temps plein : OUI NON

- Sans activité libérale : OUI NON
- Avec contrat d'activité libérale à l'hôpital : OUI NON
Si oui, nombre de 1/2 journées :

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

EXERCICE SALARIE EN ETABLISSEMENT PRIVE (*)

Nom(s) et adresse(s) du (ou des) établissements où vous exercez :

RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES D'ORDRE GENERAL

Pratiquez-vous des actes à visée esthétique ? OUI NON Si oui depuis combien de temps ?

Si oui, lister les actes pratiqués :

Quelle formation avez-vous suivie en matière esthétique ?

Pratiquez-vous des scléroses de varices ? OUI NON

Pratiquez-vous de la phlébectomie ? OUI NON

Pratiquez-vous des anesthésies autres que locales ?

- Générales : OUI NON
- Locorégionales : OUI NON
- Tronculaires : OUI NON
- Sédation intraveineuse ou neuroleptanalgie ? OUI NON

Pratiquez-vous des épreuves cardiologiques d'effort ? OUI NON

Pratiquez-vous :

- Des actes d'imagerie médicale ? OUI NON
- Des actes de radiologie interventionnelle ? OUI NON
- Des échographies obstétricales ? OUI NON

Si vous répondez oui à la question sur les échographies obstétricales, remplir le questionnaire complémentaire correspondant

Etes-vous amené à prendre en charge des nouveaux-nés au sein d'établissements privés ? OUI NON

Comment informez-vous vos patients ? Par écrit Oralement (entourer la modalité correspondante)

Faites-vous signer un consentement écrit ? OUI NON

Veillez nous adresser une photocopie de votre feuille d'ordonnance et une feuille de sécurité sociale pré-imprimée

(*) Pour cette activité salariée en établissement privé vous devez, depuis la loi du 4/03/2002, être assuré en responsabilité civile au titre du contrat souscrit par votre établissement.

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

VOTRE ASSURANCE RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE

Durant les dix dernières années, avez-vous été titulaire d'un contrat d'assurance Responsabilité Civile ? OUI NON

VOS CONTRATS. A REMPLIR IMPERATIVEMENT DE FACON EXHAUSTIVE ET PRECISE POUR UNE BONNE ETUDE DU DOSSIER

| Nom de l'assureur (compagnie, mutuelle) | Période d'assurance | N° de police | Motif de la résiliation | Montant de la prime TTC | Montant de la franchise | Activité assurée | Mode d'exercice (libéral, hospitalier, salarié) |
|--|---------------------|--------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

LES MISES EN CAUSE

Au cours de ces dix dernières années, votre responsabilité civile ou pénale a-t-elle été engagée ou mise en cause (avec ou sans règlement par votre assureur à ce jour) ou avez-vous été l'objet d'une (ou plusieurs) plainte(s) devant le Conseil de l'Ordre au titre de l'une ou l'autre de vos pratiques ?

OUI NON **Si oui, il convient de :**

① Remplir le tableau ci-dessous :

| Date de l'acte initial | Date de la mise en cause | Nature | Circonstances | Montant des dommages |
|------------------------|--------------------------|--------|---------------|----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

② joindre :

- les rapports d'expertises (anonyme) concernant les sinistres déclarés auprès des assureurs, sous enveloppe cachetée et **sous forme strictement anonyme** au BCT.
- Le relevé d'informations **daté de moins de 15 jours**, établi par chaque société d'assurance comportant le n° de sinistre, le montant du règlement effectué et le montant de l'évaluation totale du dossier.

Je soussigné, certifie que toutes les réponses au présent questionnaire sont à ma connaissance sincères et exactes et qu'aucun assureur ne m'a proposé un tarif pour garantir ma responsabilité professionnelle.

Fait à _____ le _____ Signature :

NB : L'assuré doit fournir des informations exactes dans sa déclaration ; une fausse déclaration peut entraîner la nullité du contrat d'assurance. Article L 113-8 du code des assurances