

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION - 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09

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 - 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09

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 joindre 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 - 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09

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 concernant les sinistres déclarés auprès des assureurs, sous enveloppe cachetée et **sous forme strictement anonyme** au BCT.
- Le relevé d'information 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 _____ heure
Signature :

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION - 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09
QUESTIONNAIRE COMPLEMENTAIRE CHIRURGIEN

Nom :

Prénom :

- ▶ Nombre moyen annuel d'interventions :
- ▶ Quelle est votre formation ? (CES, DES, DECS, Clinicat...)

- ▶ Exercez-vous dans un seul établissement, dans plusieurs établissements, combien, ? lesquels ?
-
-
-

- ▶ Vous arrive-t-il, dans la même journée, d'exercer dans plusieurs établissements ? OUI NON

- ▶ Qui assure la visite les jours de semaine, les jours fériés, le dimanche, la contre visite ?
-

- ▶ Assurez-vous seul le suivi de vos patients ? OUI NON
- Sinon, qui l'assure ? (niveau de compétence) :.....
-

- ▶ Etes-vous associé à un chirurgien exerçant la même spécialité que la vôtre ? OUI NON
- ▶ Disposez-vous de protocoles pré-opératoires, post-opératoires
(à l'usage des patients et de l'équipe chirurgicale) ? OUI NON

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION - 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09

▶ Etes-vous amené à assurer des gardes dans d'autres spécialités ? OUI NON

si oui; lesquelles : chirurgie d'urgence : _____ chirurgie générale : _____

▶ Etes-vous chirurgien GENERALISTE ? OUI NON

Si vous êtes chirurgien GENERALISTE, quelles sont vos deux activités dominantes ? (Mettre "1" pour la principale, "2" pour la secondaire, et cocher les cases pour les accessoires)

Chirurgie digestive : _____	Chirurgie orthopédique : _____	Chirurgie ophtalmologique : _____
Chirurgie du rachis : _____	Chirurgie urologique : _____	Chirurgie esthétique : _____
Chirurgie vasculaire : _____	Neurochirurgie : _____	Chirurgie O.R.L. : _____
Chirurgie cardiaque : _____	Chirurgie gynécologique : _____	Chirurgie maxillo-faciale : _____

▶ Etes-vous chirurgien SPECIALISTE ? OUI NON

Si oui, quelle est votre spécialité ? (si vous en exercez plusieurs, indiquer "1" pour la principale, "2" pour la secondaire) :

Chirurgie digestive : _____	Chirurgie orthopédique : _____	Chirurgie ophtalmologique : _____
Chirurgie du rachis : _____	Chirurgie urologique : _____	Chirurgie esthétique : _____
Chirurgie vasculaire : _____	Neurochirurgie : _____	Chirurgie O.R.L. : _____
Chirurgie cardiaque : _____	Chirurgie gynécologique : _____	Chirurgie maxillo-faciale : _____

▶ Pratiquez-vous la Vidéo-Chirurgie ? OUI NON

▶ Comment informez-vous vos patients ?

Oralement : OUI NON

Par écrit : OUI NON

Par un document signé du patient ? OUI NON

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION - 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09

COMMENTAIRES COMPLEMENTAIRES EVENTUELS SUR VOTRE ACTIVITE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONTRATS D'ASSURANCE RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE ET MISES EN CAUSE EVENTUELLES

Se reporter au document général rubriques "Votre assurance, vos contrats et les mises en cause" lesquelles doivent inclure également les renseignements concernant votre activité de chirurgien.

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 :