



Contact & nous

www.macsf.fr

Voire identifiant Internet:



3233* ou 01 71 14 32 33

Prix d'un appel local à partir d'un poste fixe.
Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

Service Souscription RCP / PJ

Contrat n°

La Défense, le 09.11.2010

Chère Sociétaire,

En votre qualité de médecin généraliste, vous êtes assuré en responsabilité civile professionnelle (RCP) et /ou protection juridique (PJ) auprès du Sou Médical groupe MACSF et nous vous remercions de la confiance que vous nous accordez depuis le

La médecine générale est une spécialité en constante évolution.

Cependant, nous notons que votre contrat n'a pas donné lieu à modification depuis de nombreuses années. Toujours soucieux de vous accorder un contrat RCP dont les garanties sont en adéquation avec vos conditions d'exercice, vous trouverez ci-joint un questionnaire que vous voudrez bien nous retourner rempli et signé avant le

Nous attirons votre attention sur l'importance que revêt le retour de ce questionnaire qui nous permettra d'adapter votre contrat et vous accorder les garanties dont vous avez besoin pour exercer votre activité.

Le service souscription RCP/PJ reste à votre écoute pour répondre à vos interrogations et vous fournir toute information que vous jugeriez utile.

Nous vous prions d'agréer, Chère Sociétaire, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Service Souscription Responsabilité Civile
Professionnelle et Protection Juridique

PJ : Questionnaire Médecin Généraliste



SOU MEDICAL – Groupe MACSF
QUESTIONNAIRE MEDECIN GENERALISTE
RCOP MG

Nom – Prénom :	N° Sociétaire :
Adresse :	Adresse mail :
Tél. Privé :	Date de naissance :
Tél. Prof. :	Lieu de naissance :
Tél. Portable :	Télécopie :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Inscription au Tableau de l'Ordre du Département	<input type="text"/> <input type="text"/>	(Indiquer le chiffre du département)
Sous le numéro :	<input type="text"/>	Date <input type="text"/>
Qualification reconnue :	<input type="text"/>	Date <input type="text"/>
Spécialité exercée :	<input type="text"/>	
Avez-vous changé de spécialité au cours des cinq dernières années ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, quelle était votre précédente spécialité ?	<input type="text"/>	
Et selon quel mode d'exercice ?	<input type="text"/>	

RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES D'ORDRE GENERAL

Pratiquez-vous les actes suivants :		
- la chirurgie esthétique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- la chirurgie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- des contentions plâtrées circulaires ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- des actes de « petite chirurgie » ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels ?	<input type="text"/>	
- des actes d'anesthésie (en dehors des anesthésies locales) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui , s'agit-il :	<input type="text"/>	
- d'anesthésies générales ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- d'anesthésies locorégionales ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- de neuroleptanalgésies ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- de sédations intraveineuses ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>



M.A.C.S.F.

Notre vocation, c'est vous

Médicales Assurances Défense Professionnelles



RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES D'ORDRE GENERAL (Suite)

Pratiquez-vous :

- des échographies fœtales jusqu'à la 10^{ème} d'aménorrhée incluse ? Oui Non
Si **oui**, quelle est la date de **première** mise en service de l'échographe que vous utilisez ?
- des échographies fœtales au-delà de la 10^{ème} semaine d'aménorrhée ? Oui Non
Si **oui**, merci de remplir le questionnaire « **Echographie fœtale** » *
- des échographies autres que fœtales ? Oui Non
- la pose d'implants contraceptifs ? Oui Non
Si **oui**, veuillez nous adresser les justificatifs de formation à cette pratique
- les IVG médicamenteuses ? Oui Non
Si **oui**, merci de nous transmettre la copie de la convention établie avec l'établissement hospitalier
- la pose de DIU ? Oui Non
- l'ostéopathie ? Oui Non
- des actes de radiologie interventionnels ? Oui Non
Si **oui**, nature des actes et des techniques utilisées:
- l'angiologie sans phlébectomie ? Oui Non
- l'angiologie avec phlébectomie ? Oui Non
- des épreuves cardiologiques d'effort ? Oui Non
Si oui, sont elles pratiquées :
- en cabinet ? Oui Non
- en établissement de santé ? Oui Non
- des actes non chirurgicaux à visée esthétique ? Oui Non
Si **oui**, merci de remplir le questionnaire « **Médecine esthétique** » *
- des actes de régulation médicale dans une structure publique ? Oui Non
Si **oui** : Avec convention (joindre une copie) ?
 Sans convention ?
- des actes de régulation médicale dans une structure libérale ? Oui Non
Si **oui** : Avec convention (joindre une copie) ?
 Sans convention ?

RCOP-MG

Page 2

* Nous vous adresserons le questionnaire spécifique sur simple demande.



M.A.C.S.F.

Notre vocation, c'est VOUS

Assurance Assurance Facture Financement



RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES D'ORDRE GENERAL (suite)

Avez-vous une activité :

- de médecine d'urgence (urgentiste) ?

Oui

Non

Si **oui**, l'exercez-vous au sein

- d'une structure type SOS MEDECINS ?

Oui

Non

- d'une structure type SMUR ?

Oui

Non

- d'une structure type SAMU ?

Oui

Non

- d'une structure d'urgence hospitalière ?

Oui

Non

Etes-vous titulaire d'une capacité de médecine d'urgence ?

Oui

Non

- de médecine de montagne ?

Oui

Non

Si **oui**, pratiquez vous dans le cadre de cette activité :

- des anesthésies loco régionales ?

Oui

Non

- des réductions de fractures ?

Oui

Non

- des défibrillations cardioversion ?

Oui

Non

- des intubations endotrachéales ?

Oui

Non

- de l'oxygénothérapie ?

Oui

Non

- la pose de cathéters veineux centraux ?

Oui

Non

- de la ventilation assistée ?

Oui

Non

- de médecine du travail ?

Oui

Non

Si **oui** :

- dans un service autonome ?

Oui

Non

- dans une structure inter-entreprises ?

Oui

Non

Etes-vous attaché à un club sportif dans le cadre de votre activité professionnelle ?

Oui

Non

Si **oui**, s'agit-il :

- d'un club amateur sans sportif de haut niveau ?

Oui

Non

- d'un club amateur avec sportif(s) de haut niveau ?

Oui

Non

- d'un club professionnel ?

Oui

Non

Etes vous titulaire d'une capacité de médecine de sport ou diplôme équivalent ?

Oui

Non

Assurez-vous la surveillance de compétitions sportives ?

Oui

Non

Si **oui**, s'agit-il de compétitions de:

- rugby ?

Oui

Non

- tennis ?

Oui

Non

- football ?

Oui

Non

- Autre sport ?

Oui

Non

Si oui, lequel ? _____

Ces compétitions sportives comportent-elles :

- des sportifs amateurs ?

Oui

Non

- des sportifs professionnels ?

Oui

Non

- des sportifs de haut niveau ?

Oui

Non

Etes-vous amené à accompagner ces sportifs à l'étranger ?

Oui

Non

RCCP-MG



M.A.C.S.F.

Notre vocation, c'est VOUS

Médecin Assurance Epidémiologie Financement



MODES D'EXERCICE

EXERCICE LIBERAL

Exercez-vous :

- En cabinet
- individuel SCM SCP
 SEL Société de fait Autre

Adresse : _____

- En clinique : Nom et adresse : _____
- Exercez-vous uniquement comme remplaçant ? Oui Non
- Si **oui**, depuis combien de temps ? _____
- Etes-vous titulaire d'une licence de remplacement ? Oui Non
- Quelle est sa date de validité ? _____

Quel est le nombre de vos salariés (y compris secrétariat, employés de ménage, maintenance) ? _____

EXERCICE HOSPITALIER

Quel est votre statut ?

- Praticien hospitalier Attaché Vacataire Autre : _____
- A temps partiel

Comment exercez-vous ?

- Exercice à temps plein sans contrat d'activité libérale à l'hôpital
- Exercice à temps plein avec contrat d'activité libérale à l'hôpital :
Nombre de demi-journée(s) d'activité libérale par semaine : _____
- Exercice à temps partiel

EXERCICE SALARIE

Exercez-vous :

- En établissement privé participant au service public hospitalier
Nom(s) et adresse(s) du (ou des) établissements(s) où vous exercez : _____
- En clinique privée :
Nom(s) et adresse(s) du (ou des) établissements(s) où vous exercez : _____
- Autres activités salariées (médecin du travail, médecine du sport, salarié en centre de soins...) : _____

Votre activité en tant que salarié(e) est-elle couverte par une assurance contractée par votre employeur ? Oui Non

RCCP-MG

Page 4



M.A.C.S.F.

Notre vocation, c'est vous



BENEVOLAT

Avez-vous une activité bénévole ?

Oui

Non

Etes-vous susceptible de pratiquer à titre bénévole dans le cadre associatif ?

Oui

Non

Si oui,

- pour quelle association ? _____

- combien de fois par mois ? _____

- pour quels actes ? _____

Si oui, êtes-vous assuré en responsabilité civile professionnelle par l'association ?

Oui

Non

ACTIVITES COMPLEMENTAIRES

- Etes-vous maître de stage ?

Oui

Non

- Pratiquez-vous des expertises ?

Oui

Non

Pratiquez-vous des arbitrages pour la résolution de litiges entre confrères dans le cadre de la convention d'arbitrage du Conseil National de l'Ordre des Médecins ?

Oui

Non

- Participez-vous à des recherches biomédicales ?

Oui

Non

- Phase IV exclusivement ?

Oui

Non

- Phases I, II, III ?

Oui

Non

- Etes-vous correspondant d'un CLIN ?

Oui

Non

- Etes-vous correspondant d'hémovigilance ?

Oui

Non

- Etes-vous correspondant de matériovigilance ?

Oui

Non

- Etes-vous correspondant de pharmacovigilance ?

Oui

Non

- Etes-vous correspondant d'autre(s) vigilance(s) ?

Oui

Non

- Avez-vous une activité de dépistage des risques auxquels sont exposés les malades ?
(exemple : gestion des risques au bloc opératoire)

Oui

Non

Participez-vous à une activité sur un site Internet ?

Oui

Non

Si oui, merci de préciser les coordonnées du site ainsi que la nature exacte de votre intervention :

Si les questions précédentes ne correspondent pas totalement à votre activité, pouvez-vous nous donner les précisions que vous jugerez utiles ?

Docteur :

Fait à _____

Sociétaire N° :

Le _____

Signature :

ACDP 042

Page 5