

S.C.C.A.H.P

Syndicat des Chefs de Clinique & Assistants des Hôpitaux de Paris

Email: secabp@wanadoo.fr ♦ Site: <http://www.secabp.org>

REJOIGNEZ-NOUS !

Chargé de défendre vos intérêts, le S.C.C.A.H.P. a pour objectif de sauvegarder les conditions d'un exercice professionnel compatible avec une médecine de qualité. Il a également permis la négociation de la RCP/PJ à 40 euros pour toutes les spécialités, et travaille à défendre les intérêts des CCA, assistants et PHU d'Ile de France mais aussi à un niveau national via l'adhésion à l'ISNCCA (évolutions statutaires et financières, représentation auprès des différentes instances nationales et du Ministère de la Santé). Pour être représentatif et pour vivre (salaire de la secrétaire, site internet, mailings...), le SCCAHP a besoin de vos cotisations.

Adhérez à votre Syndicat.



DEMANDE D'ADHESION MAI 2017 - AVRIL 2018

Nom de naissance - Epoux(se) :	Prénom :
Adresse :	Situation familiale :
Spécialité :	Date de naissance :
E-mail :	Téléphone :
Hôpital :	Service du Pr. :
<input type="checkbox"/> Nouveau <input type="checkbox"/> Renouvellement	Prise de fonction :

Votre statut ; Préciser en mettant une croix dans la case correspondante.

AHU :	CCA :	CCAssocié :	Assistant Spécialiste :	Assistant :	Assistant Spécialiste Associé :	Praticien Contractuel :
-------	-------	-------------	----------------------------	-------------	------------------------------------	----------------------------

Je désire souscrire :

Une adhésion simple sans RCP/PJ au SCCAHP à **105 euros***, (cotisation annuelle déductible fiscalement**à 66 % soit 35.70 euros au final déclaration faite par vos soins auprès des impôts).

Avec une RCP/J via Groupe Pasteur Mutualité **145 euros*** (105 + 40) (cotisation annuelle déductible fiscalement**à 66 % soit 49.30 euros au final déclaration faite par vos soins auprès des impôts).

Signature :

** Paiement par chèque libellé à l'ordre du SCCAHP à adresser 17, rue du Fer-à-Moulin, 75005 Paris par courrier simple (pas de lettre recommandée : elle n'arrive pas directement au secrétariat et vous sera retournée par la poste). Vous pouvez également les déposer directement au Syndicat.*

*** Il vous sera adressé en retour un reçu fiscal.*

• Siège Social •

17, rue du Fer à Moulin 75005 Paris

Tél. : 01 46 69 14 12 - 01 45 37 92 01 ♦ Fax : 01 46 69 14 12

BULLETIN D'ADHÉSION
**RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE
ET PROTECTION JURIDIQUE DES JEUNES
PROFESSIONNELS DE SANTÉ (REPLAÇANTS)**

Code Apporteur

Cocher ci-après les cases choisies et remplir très lisiblement en lettres capitales.

Conformément à la réglementation, une copie recto verso d'un document d'identité en cours de validité du postulant à l'assurance doit être impérativement jointe au présent bulletin (carte nationale d'identité, passeport, permis de conduire, permis de séjour).

Si cette copie ne peut être fournie, le conseiller GPM notera ci-dessous les références de la pièce originale présentée :

Nature de la pièce : _____ délivrée par _____ le _____ à _____
le cas échéant authentifiée par _____

I - IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR/ADHÉRENT

Mlle Mme M. Êtes-vous déjà adhérent(e) au Groupe Pasteur Mutualité ? NON OUI N° d'adhérent _____
NOM ou DÉNOMINATION SOCIALE _____
NOM DE JEUNE FILLE (s'il y a lieu) _____
PRÉNOM _____
NÉ(E) le _____ ADRESSE DOMICILE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____
N° TÉLÉPHONE DOMICILE _____ N° TÉLÉPHONE PORTABLE _____
E-mail _____

J'accepte que mes données soient utilisées par les entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité pour recevoir des propositions commerciales, informations ou animations.

J'accepte que mes données soient transmises aux partenaires contractuels et institutionnels des entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité.

Nécessaires à la bonne gestion de votre dossier, les données à caractère personnel contenues dans ces documents seront destinées à PANACEA ASSURANCES également responsable de traitement, ou à ses mandataires ou partenaires contractuels et institutionnels. Conformément aux conditions prévues dans la loi n°78-17 dite « Informatique et Libertés » relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression ainsi qu'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, en écrivant à : PANACEA ASSURANCES, CIL, 34, boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17. Vous disposez également d'un droit d'inscription sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en application de la loi n°2014-344 du 17 mars 2014. Pour plus d'information, vous reportez à l'article « Informatique et libertés » des conditions contractuelles.

II - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

Étudiant : OUI NON Interne / FFI : OUI NON Remplaçant non thésé* : OUI NON CCA / Assistant : OUI NON
SPÉCIALITÉ _____

Année d'étude : 1^{ère} année, 2^{ème} année, 3^{ème} année, 4^{ème} année, 5^{ème} année, 6^{ème} année

* Etudiant ayant terminé son cursus et en attente de thèse.

EXERCICE LIBÉRAL

• Êtes-vous titulaire d'une licence de remplacement ? OUI NON

• Date limite de validité : _____

• Exercez-vous à l'étranger ? (exclusion au contrat, sauf stages conventionnés et missions humanitaires) OUI NON

Si oui, dans quel cadre ? _____

Dans quel pays ? _____

EXERCICE HOSPITALIER OUI NON

EXERCICE SALARIÉ OUI NON

ADRESSE PROFESSIONNELLE PRINCIPALE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

III - RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS COMPLÉMENTAIRES

Pour toutes les professions/spécialités :

- Pratiquez-vous :
 - des consultations ? OUI NON
 - des consultations et actes en cabinet ? OUI NON
 - des consultations et actes en établissement / Interventions en plateau technique lourd ? OUI NON
- Pratiquez-vous des actes à visée purement esthétique ? OUI NON

Si oui, lister les actes pratiqués : _____

- Pratiquez-vous des médicalisations d'évènements sportifs et culturels ? (exclusion des évènements professionnels) OUI NON
- Pratiquez-vous des anesthésies :
 - générales ? OUI NON
 - régionales ? OUI NON
 - locales ? OUI NON
- Pratiquez-vous des actes d'imagerie médicale ? OUI NON
- Pratiquez-vous des échographies obstétricales à titre libéral ? OUI NON
- Pratiquez-vous des accouchements à titre libéral ? OUI NON
- Pratiquez-vous la chirurgie du rachis ? OUI NON
- Pratiquez-vous la chirurgie de la première côte ? OUI NON
- Comment informez-vous vos patients ?
 - oralement OUI NON
 - par écrit OUI NON
 - par un document signé du patient OUI NON
 - par un courrier au médecin traitant avec copie au patient OUI NON

PROFESSIONS MÉDICALES

MÉDECINE GÉNÉRALE :

- Acupuncture OUI NON
- Ostéopathie OUI NON
- Si oui, répondez-vous aux exigences du décret du 25/03/2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'Ostéopathie ? OUI NON
- Pose de Dispositifs Intra Utérins, Implanon OUI NON
- Médecine du Sport (Exclusion des Sportifs Professionnels) OUI NON
- Régulation OUI NON
- Infiltrations articulaires et periarticulaires OUI NON
- Homéopathie OUI NON
- Mésothérapie OUI NON
- Nutrition OUI NON
- Médecine de Montagne ou de mer OUI NON
- SOS Médecins OUI NON
- Suivi de grossesse OUI NON

CARDIOLOGIE :

- Echographies OUI NON
- Tests d'Effort OUI NON

O.R.L. :

- Actes Esthétiques avec entente préalable S.S OUI NON
- Actes Esthétiques sans entente préalable S.S OUI NON
- Chirurgien carcinologique OUI NON

RADIOLOGIE / MÉDECINE NUCLÉAIRE :

- Radiologie & Interventionnelle OUI NON
- Ponctions / Biopsie OUI NON
- Diagnostic OUI NON
- Scintigraphie OUI NON

ANGIOLOGIE :

- Consultation préopératoire OUI NON

ALGOLOGIE :

- Stimulateur / Pompe à morphine OUI NON

PNEUMOLOGIE :

- Fibroscopie OUI NON

STOMATOLOGIE :

- Actes de chirurgie simple au bloc (Dentaire, Parodontologie...) OUI NON
- Actes de chirurgie lourde au bloc (Ostéotomie, Carcinologie, Reconstruction...) OUI NON
- Chirurgie esthétique OUI NON

OPHTALMOLOGIE :

- Fond d'œil OUI NON
- Cataracte OUI NON
- Laser OUI NON
- Actes Esthétiques OUI NON

GASTRO ENTEROLOGIE :

- Echographie OUI NON
- Fibroscopie / Coloscopie OUI NON
- Cathétérisme rétrograde OUI NON
- Bariatrie OUI NON

GYNECOLOGIE :

- Pose de Dispositifs Intra Utérin, Implanon OUI NON
- Echographies gynécologiques/datation OUI NON
- Conisation/hystérocopie OUI NON
- Chirurgie gynécologique OUI NON
- Procréation médicalement assistée OUI NON

SAGE FEMME :

- Préparation à l'accouchement et/ou la rééducation périnéale OUI NON
- Suivi de grossesse OUI NON
- Accouchements OUI NON
- Accouchements à domicile OUI NON
- Echographies foetales OUI NON

IV- ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

Au cours des 10 dernières années écoulées :

- Avez-vous été assuré pour le risque de votre responsabilité civile professionnelle ? OUI NON

Nom de l'assureur	Date d'effet du contrat	Date de fin du contrat	Professions/spécialités garanties	Mode d'exercice garanti (Hospitalier, libéral...)

- Avez-vous connaissance de sinistres (RCP, PJ) survenus au cours des 10 dernières années au titre desquels vous avez été mis en cause ou concerné à quel que titre que ce soit ? OUI NON (On entend par sinistre : toute réclamation formulée auprès du professionnel de santé ou de son assureur (qu'il y ait ou non règlement) et/ou toute réclamation formulée auprès du professionnel de santé de nature à engager ultérieurement sa responsabilité)

Si oui, remplir le tableau suivant (suite éventuelle sur feuille annexée) :

Garantie (RCP ou PJ)	Dates		Précisions concernant la nature de la réclamation	Etat de la procédure	Montant des dommages
	de l'incident	de la réclamation			

Je reconnais que toute fausse déclaration intentionnelle de ma part entraînerait la nullité de l'assurance.

Le présent bulletin ne vaut pas note de couverture. L'adhésion au contrat prendra effet après acceptation de l'assureur à la date indiquée aux conditions particulières et ne pourra être antérieure au lendemain 0 heure du paiement de la première cotisation ou fraction convenue de celle-ci.

Date d'effet souhaitée :

Fait à Le

Signature du souscripteur/adhérent

(Précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé")

Cotisation annuelle Etudiant/Interne/Remplaçant non thèse (TTC) :

1.500 € maximum Offert par GPM.

Cotisation annuelle CCA/Assistant (TTC) :

1.500 € maximum 40 €*.

* Règlement par chèque à l'ordre de PANACEA Assurances et à retourner à :
PANACEA, 34 boulevard de Courcelles 75009 cedex 17.

AVERTISSEMENT

La présente déclaration engage votre responsabilité.

Nous vous informons que les réponses contenues dans le présent document et les annexes ajoutées par le proposant constituent des éléments d'appréciation du risque dont il est tenu compte pour l'appréciation des garanties et pour la fixation de la cotisation. En conséquence, toute réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude, peut entraîner les sanctions prévues aux articles L 113 8 (nullité du contrat) et L 113 9 (réduction des indemnités ou résiliation du contrat) du Code des assurances.

Les informations contenues dans le présent document ne sont destinées qu'aux fichiers de la Société.

Le proposant peut demander communication des documents le concernant et les faire rectifier conformément aux dispositions de la loi du 06 janvier 1978.

Vous adhérez au contrat collectif RCME15 souscrit par la Société Mutualiste des Médecins de France (SMMF) pour ses membres. Cette adhésion vous permet de bénéficier de la prise en charge de tout ou partie de vos garanties par la SMMF dont l'objet est notamment de vous apporter l'assistance nécessaire dans le cadre de votre activité en vous donnant accès aux produits d'assurances utiles ou nécessaires.

L'assurance de la responsabilité civile professionnelle (RCP) et de la protection juridique (PJ) a pour objet de couvrir le Praticien contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile qu'il peut encourir en raison des dommages subis par un patient dans le cadre de l'exercice de sa profession tel que cet exercice est défini par les dispositions légales et réglementaires.

Sont également couverts les dommages causés dans le cadre du devoir d'assistance, des activités et fonctions hospitalières et enseignantes, des activités de Maître de stage, des fonctions d'expert ainsi que sa responsabilité qui peut être recherchée en qualité d'employeur.

BULLETIN D'ADHÉSION MUTUELLE D'ACTION SOCIALE

Société Mutualiste des Médecins de France (SMMF)

Adhérente à AGMF Prévoyance

Mutuelle régie par le Livre III du Code de la mutualité - n° 442 922 084

34 Boulevard de Courcelles - 75809 Cedex 17

Informations importantes

- Votre mutuelle a pour objet de mener une action de solidarité et d'entraide, en apportant notamment à ses membres et à leurs ayants droit, par tous moyens mis à sa disposition, l'aide et le soutien nécessaires en cas de difficultés financières, sociales, familiales ou morales particulières.
- Le rattachement à votre mutuelle d'Action Sociale est effectué en prenant en compte votre profession.
- Nous vous invitons à prendre connaissance des documents mis à disposition par votre mutuelle. Ils vous renseignent sur les éléments essentiels du contrat mutualiste et les missions de votre mutuelle.
- N'oubliez pas de dater et de signer votre bulletin d'adhésion.
- Pour toute information complémentaire concernant la signature de ce bulletin, le rôle et les missions de votre mutuelle d'Action Sociale, vous pouvez vous rendre sur le site de Groupe Pasteur Mutualité www.gpm.fr.

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

NOM : _____
PRÉNOM : _____
Né(e) le : _____
PROFESSION : _____
ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

La souscription de ma (ou mes) garantie(s) assurée(s) par PANACEA Assurances¹ implique au préalable mon adhésion à la SMMF. En signant le présent bulletin, je sollicite mon adhésion à la SMMF.

Je reconnais avoir été informé(e) de mes droits et obligations par la mise à disposition d'un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste de ma mutuelle régie par le livre III du Code de la mutualité. Je déclare avoir pris connaissance de ces documents et en accepter les termes. Ils sont également disponibles et mis à jour sur le site Internet www.gpm.fr.

Je certifie l'exactitude des renseignements déclarés ci-dessus. Je m'engage à signaler, toute modification afférente aux renseignements fournis.

Fait à : _____

Signature de l'Adhérent :

Le : _____

Dans les limites des statuts des mutuelles, régies par le Livre III du Code de la mutualité, adhérentes à AGMF Prévoyance, je sollicite mon adhésion à une seconde mutuelle d'Action Sociale :

Dénomination sociale : _____

Immatriculation n° : _____

1 - PANACEA Assurances, Société Anonyme à Directeur et Conseil de Surveillance au capital de 50 000 000 euros régie par le Code des assurances - RCS Paris n° 50 76 48 087 - 34, boulevard de Courcelles 75809 Paris cedex 17

Nécessaires à la bonne gestion de votre dossier, à la vie statutaire de votre mutuelle et à la réalisation des actions conformes à l'objet social de votre mutuelle, les données à caractère personnel contenues dans ces documents seront destinées à AGMF Prévoyance également responsable du traitement et à votre Mutuelle. Conformément aux conditions prévues dans la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression ainsi qu'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, en écrivant à : AGMF Prévoyance, OIL, 34, boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17.