

SERVICE DÉFENSE DES MEMBRES : FORMULAIRE DE DEMANDE

Vous avez un litige avec le monde médical ? Vous souhaitez connaître vos droits en tant que patient ? Vous vous estimez victime d'une erreur médicale ? Nous pouvons vous conseiller en cas de différend avec un prestataire ou un établissement de soins. Pour cela, veuillez remplir la présente demande et nous la renvoyer.

i Ceci est un service inclus dans vos Avantages Partenamut. Vous devez donc être en ordre de cotisations pour pouvoir en bénéficier.

1. COMMENT INTRODUIRE VOTRE DEMANDE

Vous pouvez nous envoyer votre demande soit par e-mail, soit par courrier :

- E-mail : info@defensedesmembres.be
- Courrier : Partenamut, Service Défense des Membres, 74-76 Boulevard Louis Mettwie 1080 Bruxelles

2. VOS DONNÉES PERSONNELLES

NOM ET PRÉNOM :

NUMÉRO DE REGISTRE NATIONAL :

ADRESSE :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE/GSM :

ADRESSE E-MAIL :

3. MANDAT (FACULTATIF)

Vous pouvez éventuellement désigner un mandataire pour introduire la demande qui représentera vos intérêts et sera notre interlocuteur privilégié.

NB : un mandat n'est pas nécessaire pour les demandes introduites par un parent pour son(ses) enfant(s) mineur(s).

MANDAT

Je soussigné(e) (mandant) désigne la personne citée ci-dessous comme mon mandataire pour introduire mon dossier auprès du Service Défense des Membres de Partenamut.

Identité du mandataire

NOM ET PRÉNOM :

ADRESSE :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE/GSM :

ADRESSE E-MAIL :

J'accepte ma désignation comme mandataire et tâcherai d'assister au mieux la personne qui m'a désigné comme tel.

Fait à..... le

Signature du mandataire

Signature du mandant

4. PROBLÈME RENCONTRÉ

- FINANCIER (Complétez les points 5 à 7)
- ACCIDENT/ERREUR MÉDICAL(E) (Complétez les points 7 et 8)
- RELATIONNEL/PRISE EN CHARGE (Complétez les points 5 et 7)
- AUTRE (Complétez le point 5)

DESCRIPTION DES FAITS

5. FINANCIER

Avez-vous déjà payé la facture litigieuse ?

NON

OUI

Avez-vous déjà pris contact avec le service de facturation du prestataire ou de l'établissement de soins ?

NON

OUI

Si oui, quel a été le contenu de ces contacts ? Le cas échéant, joignez les copies des courriers échangés.

6. DONNÉES DE CONTACT DU PRESTATAIRE ET/OU DE L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS MIS EN CAUSE

NOM ET PRÉNOM DU PRESTAIRE DE SOINS :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS :

SPÉCIALITÉ/SERVICE :

ADRESSE :

NUMÉRO DE TELEPHONE/GSM :

ADRESSE E-MAIL :

7. ACCIDENT/ERREUR MEDICAL(E)

Êtes-vous en possession du dossier médical ?

NON

OUI

Si oui, joignez une copie de votre dossier.

Avez-vous déjà pris contact avec le service de médiation de l'hôpital ou avec le médiateur fédéral droits du patient ?

NON

OUI

Si oui, quel a été le résultat de la médiation ? Le cas échéant, joignez les copies des courriers échangés.

Avez-vous déjà pris contact avec le prestataire mis en cause et/ou son assurance ?

NON

OUI

Si oui, quel a été le contenu de ces contacts ? Le cas échéant, joignez les copies des courriers échangés.

Disposez-vous d'une assurance protection juridique ?

NON

OUI

Si oui, veuillez nous communiquer les coordonnées de votre assurance.

NOM DE L'ASSURANCE :

NUMÉRO DE POLICE :

ADRESSE E-MAIL :

NUMÉRO DE TELEPHONE/GSM :

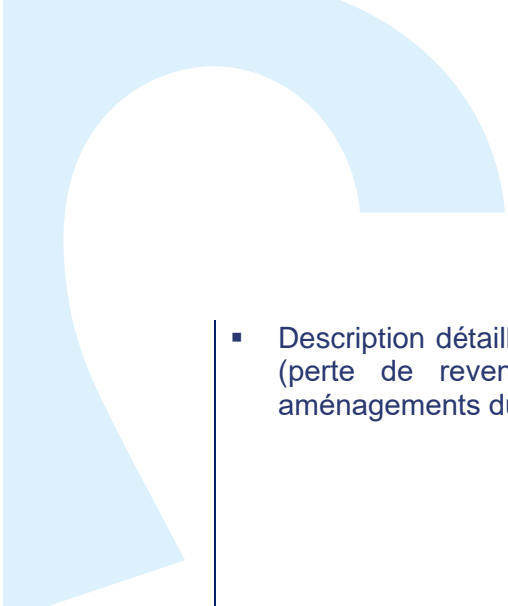
Avez-vous déjà introduit votre demande auprès d'une de ces instances ?

- Tribunal
- Fonds des accidents Médicaux
- Non

Description détaillée des faits

- Date du fait ayant entraîné le dommage résultant de soins de santé :

- Description des motifs et des circonstances qui ont conduit à la/les prestation(s) de soins, le type et le lieu de la prestation de soins, les circonstances de survenue du dommage :

- 
- Description détaillée des dommages subis et leurs impacts sur votre vie quotidienne (perte de revenus, besoin d'une aide de tiers, privation d'un sport/hobby, aménagements du domicile...) :

- Description de vos attentes (rétablir le dialogue, recherche de la vérité, indemnisation, etc.) :