

Formulaire de demande d'avis au Fonds des accidents médicaux (FAM)

Vous estimez avoir subi un dommage à la suite de soins de santé ? Dans certains cas, vous pouvez demander au Fonds des accidents médicaux (FAM) de l'INAMI d'intervenir pour donner un avis et éventuellement obtenir une indemnisation.

La démarche est gratuite, mais **avant de nous envoyer votre demande**, vérifiez que vous remplissez toutes les conditions. Pour ça, consultez notre site web : www.inami.be, thème [Accidents médicaux](#).

Le FAM est uniquement compétent pour les dommages causés à partir du 2 avril 2010.

Le formulaire en annexe vous aidera à introduire une demande auprès du FAM.

- Remplissez ce formulaire à l'encre foncée.
- Répondez à toutes les questions et signez le formulaire.
- Joignez au formulaire tous les documents nécessaires listés dans la « checklist des documents à nous envoyer » (page 4).
Envoyez-nous des **copies** de vos documents (pas les originaux) car ceux-ci seront scannés puis détruits.
- N'agrafez ni les pages du formulaire ni celles des documents.
- Envoyez-nous le formulaire et tous les documents **par recommandé** :

INAMI
Fonds des accidents médicaux
Avenue de Tervueren 211
1150 Bruxelles

Si vous avez des questions sur ce formulaire, contactez le secrétariat du FAM :

- par e-mail : secr@fam.fgov.be
- par tél. : +32(0)2 894 21 00

Nous sommes joignables du lundi au vendredi, de 9h à 12h et de 13h à 16h.

Formulaire de demande d'avis au Fonds des accidents médicaux (FAM) à propos d'un dommage résultant de soins de santé

Nous traiterons de manière confidentielle toutes les données que nous récoltons à votre sujet dans le cadre de votre demande. Toutefois, **si nous organisons une expertise médicale au cours de l'analyse de votre dossier, ce formulaire fera partie des documents à distribuer à toutes les parties.**

Ce formulaire comprend 8 rubriques. Sauf mention contraire, **complétez toutes les rubriques.**

Cochez les cases correspondant à votre situation :

Vous demandez un avis en faveur du patient

- Vous êtes le patient estimant avoir subi un dommage.
⇒ *Complétez uniquement les rubriques I., II., IV., V., VII. et VIII.*
- Vous êtes le représentant légal¹ ou ayant droit² du patient et vous faites la demande pour ce patient.
- Vous êtes le mandataire du patient³ qui a introduit une demande.
⇒ *Joignez à votre demande le document de « désignation d'un mandataire » que vous trouvez à la rubrique VI.*
- Vous êtes avocat.

_____ ET / OU _____

Vous demandez un avis en faveur d'une personne autre que le patient qui estime avoir subi elle-même un dommage

- Vous êtes un ayant droit⁴ du patient décédé et vous estimez avoir subi vous-même un dommage.
- Vous êtes un proche⁵ du patient et vous estimez avoir subi vous-même un dommage.
- Autre (à préciser) :

¹ Le représentant légal intervient à la place du patient : parents ou tuteur du patient mineur, juge de paix pour un patient dans le coma, etc.

² L'ayant droit agit à la place du patient décédé. C'est une personne qui peut exercer un droit via son « prédécesseur en droit » (ex : un parent) comme par exemple les enfants du patient décédé.

³ Le mandataire agit à la place du patient. Ainsi celui-ci peut être représenté par une autre personne ou une organisation pour défendre ses intérêts au cours de la procédure (mutualité, association, avocat, etc.). Vous trouverez en rubrique VI un document permettant au patient de désigner un mandataire. Ce formulaire n'est pas d'application pour les avocats.

⁴ Personne qui agit pour elle-même (époux/se, enfant, etc.) en cas de décès du patient.

⁵ Les proches agissent pour eux-mêmes. Ce sont par exemple les personnes vivant sous le même toit que le/la patient(e) et qui estiment avoir subi un dommage indirect comme la perte de revenus du patient.

Comment se déroule l'analyse de votre dossier ?

1. Lorsque nous recevons votre dossier, nous vérifions s'il est complet (au sens de l'article 12 de la loi du 31 mars 2010). Si nécessaire, nous vous demanderons certains documents complémentaires.
2. Si votre demande n'entre manifestement pas dans les conditions de recevabilité administrative prévues par la loi, nous vous en informerons au plus vite.
3. Une fois que le dossier est complet et considéré comme recevable, nous vous envoyons un accusé de réception dans le mois.
4. Au cours de l'analyse de votre dossier, nous pourrions vous demander des informations complémentaires et/ou organiser une **expertise médicale** avec un possible examen clinique. Nous vous demandons d'y participer activement. Les frais de déplacement ne sont pas remboursés.
5. Sur base de tous les éléments recueillis au cours de l'analyse de votre dossier, nous rendrons une décision répondant aux questions suivantes :
 - Votre plainte est-elle recevable ?
 - Votre plainte est-elle fondée ?
 - S'agit-il d'un accident médical engageant éventuellement la responsabilité d'un prestataire de soins, ou d'un accident médical sans responsabilité mais atteignant un certain seuil de gravité ?
6. Indemnisation
 - Si nous concluons que le prestataire de soins est responsable du dommage, nous invitons son assureur à formuler une offre d'indemnisation.
 - Dans les cas suivants, nous indemniserons nous-même :
 - Dans le cas d'un accident médical avec responsabilité du prestataire de soins si celui-ci conteste sa responsabilité (et que le seuil de gravité prévu par la loi est atteint), si son assureur propose une indemnisation insuffisante, ou s'il n'est pas suffisamment couvert par une assurance.
 - Dans le cas d'un accident médical sans responsabilité, uniquement si le seuil de gravité prévu dans la loi du 31 mars 2010 est atteint.
7. En cas de contestation de notre décision, la victime ou ses ayants droit ont toujours la possibilité de saisir le tribunal de première instance.

Accès au dossier médical :

Le dossier médical constituera un élément essentiel dans l'analyse de votre dossier. La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient permet au patient lui-même, à son représentant légal et à certains proches de consulter ou d'obtenir une copie du dossier médical. Lorsque le patient est décédé, seul son représentant légal au sens de la loi du 22 août 2002 peut autoriser la consultation du dossier.

Check-list des documents à nous envoyer

Envoyez-nous les documents suivants pour nous permettre d'analyser votre dossier.

Envoyez-nous des **COPIES** de vos documents (pas les originaux) car ceux-ci seront scannés puis détruits. N'agrafez aucun document.

- Le "formulaire de demande d'avis relatif à un dommage résultant de soins de santé" dûment complété (**rubrique I à V du formulaire**) et signé (**rubrique VIII**).
- Une description détaillée des faits à l'origine des dommages ainsi que des préjudices subis (**rubrique I** du formulaire) : date de l'accident médical, examen ou soins en cause dans l'accident, circonstances de l'accident, nature des dommages, etc.
- Toutes les pièces du dossier médical permettant d'établir le lien entre le dommage et l'acte médical (exemple : compte rendu opératoire, compte rendu d'hospitalisation, résultats d'examen, feuille de suivi, observations médicales, transmission infirmières, etc.).
Il s'agit d'un élément essentiel de votre dossier. Vous pouvez obtenir ces documents en vous adressant à la direction de l'établissement de soins ou aux prestataires de soins concernés ou encore à votre médecin traitant conformément à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.
- Une copie de l'acte de décès du patient décédé.
- Une copie recto-verso de la carte d'identité du patient ou du demandeur s'il n'est pas lui-même le patient.
- Une vignette de la mutualité pour le patient.
- Les copies des courriers échangés avec les prestataires de soins concernés et/ou avec son assureur
- Le document désignant un mandataire, si le demandeur a désigné **un mandataire** pour le représenter (**rubrique VI** du formulaire). Ceci n'est pas d'application si le patient est représenté par un avocat.
- Pour que nous puissions accéder au **dossier du patient** : complétez la **rubrique VII** du formulaire selon la situation.

I. Date et description du fait ayant entraîné le dommage résultant de soins de santé.

Description des dommages subis par le patient.

⇒ *Si nécessaire, n'hésitez pas à ajouter :*

- *des pages supplémentaires pour décrire les faits et les dommages*
- *tout document utile qui complète vos descriptions des faits et des dommages.*

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

_____ / _____ / _____

Description détaillée du fait ayant entraîné le dommage:

(Quelle prestation ? Lieu exact ? Comment les faits se sont-ils déroulés ? Quels sont les prestataires identifiés ? Et toute autre information détaillée permettant de bien situer les circonstances ayant entraîné un dommage)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II. Informations sur le patient

⇒ Complétez cette rubrique II dans tous les cas.

▪ Coordonnées du patient

NOM (en lettres capitales) :

Prénoms :

Sexe : Féminin Masculin Indéterminé

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

État civil : Célibataire Cohabitant(e) légal(e) Marié(e) Veuf/ve
 Divorcé(e) Autre (à préciser) :

Nationalité :

Numéro de registre national (si disponible - Il figure au dos de votre carte d'identité. Il se compose de 11 chiffres et commence par votre date de naissance en ordre inverse) :

— — — — — - — — — - — —

Rue et n°:

Code postal : Commune :

Pays :

Téléphone (joignable aux heures de bureau) :

E-mail :@.....

▪ Médecin traitant du patient

Nom du médecin traitant :

Rue et n° :

Code postal : Commune :

Pays :

▪ **Organisme assureur / Mutualité du patient**
(même si le patient est décédé)

Nom de la mutualité :

Rue et n°:

Code postal : Commune :

N° d'affilié à la mutualité :

▪ **Assurances « complémentaires » éventuelles du patient**
(même si le patient est décédé)

Assurance complémentaire hospitalisation

Nom de l'assureur :

N° de police :

Assurance protection juridique

Nom de l'assureur :

N° de police :

Autres assurances (obsèques, revenu-garantie, accidents, etc.)

Nom de l'assureur :

N° de police :

▪ **Assureur-loi** (en cas de prestations de soins dans le cadre d'un accident de travail)

Nom de l'assureur :

N° de police :

Cochez la case si le patient est **décédé**.

Date du décès : / /

Lieu du décès :

Veillez joindre une **copie de l'acte de décès**.

▪ **Personnes à charge⁶ du patient**

Nombre de personnes à charge du patient (enfants, frères, sœurs, etc.) :

Identité des personnes à charge :

Nom, Prénom :

Date de naissance : / / Relation / Lien de parenté :

Nom, Prénom :

Date de naissance : / / Relation / Lien de parenté :

Nom, Prénom :

Date de naissance : / / Relation / Lien de parenté :

Nom, Prénom :

Date de naissance : / / Relation / Lien de parenté :

Nom, Prénom :

Date de naissance : / / Relation / Lien de parenté :

▪ **Situation du patient AVANT le dommage**

Salarié (indiquez la profession) :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

Indépendant (indiquez la profession) :

Nom et adresse de l'entreprise :

.....

N° de l'entreprise :

Demandeur d'emploi

En incapacité de travail

Pensionné

Élève, étudiant

Autre (précisez) :

⁶ Personne qui, par le lien qu'elle a avec un titulaire, bénéficie indirectement des prestations de santé (ex.: conjoint qui ne travaille pas, enfant...). Sont également considérées comme personne à charge : - les enfants de moins de 25 ans dont le titulaire assume l'entretien, - ainsi que les personnes domiciliées sous le même toit, bénéficiant de revenus professionnels et/ou de remplacement faibles, et qui sont soit conjoint, ascendant ou cohabitant.

▪ **Situation du patient APRÈS le dommage**
(ne complétez cet encadré que si la situation du patient a changé)

- Salarié (indiquez la profession) :
Nom et adresse de l'employeur :
.....
- Indépendant (indiquez la profession) :
Nom et adresse de l'entreprise :
.....
N° de l'entreprise :
- Demandeur d'emploi
- En incapacité de travail
- Pensionné
- Élève, étudiant
- Autre (précisez) :

III. Informations sur le demandeur s'il n'est pas lui-même le patient

- ⇒ *Ne complétez cette rubrique III que si vous êtes le demandeur mais pas le patient.*
- ⇒ *Complétez cette rubrique III et la rubrique VIII en autant d'exemplaires qu'il y a de demandeurs.*

▪ Coordonnées du demandeur

NOM (en lettres capitales) :

Prénoms :

Sexe : Féminin Masculin Indéterminé

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

État civil : Célibataire Cohabitant(e) légal(e) Marié(e) Veuf/ve
 Divorcé(e) Autre (à préciser) :

Nationalité :

Lien avec le patient :

Numéro de registre national (si disponible - Il figure au dos de votre carte d'identité. Il se compose de 11 chiffres et commence par votre date de naissance en ordre inverse) :

— — — — — - — — — - — —

Rue et n°:

Code postal : Commune :

Pays :

Téléphone (joignable aux heures de bureau) :

E-mail :@.....

▪ **Personnes à charge⁷ du demandeur**

Nombre de personnes à charge du patient (enfants, frères, sœurs, etc.) :

Identité des personnes à charge :

Nom, Prénom :

Date de naissance : / / Relation / Lien de parenté :

Nom, Prénom :

Date de naissance : / / Relation / Lien de parenté :

Nom, Prénom :

Date de naissance : / / Relation / Lien de parenté :

Nom, Prénom :

Date de naissance : / / Relation / Lien de parenté :

Nom, Prénom :

Date de naissance : / / Relation / Lien de parenté :

▪ **Situation du demandeur AVANT le dommage**

Salarié (indiquez la profession) :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

Indépendant (indiquez la profession) :

Nom et adresse de l'entreprise :

.....

N° de l'entreprise :

Demandeur d'emploi

En incapacité de travail

Pensionné

Élève, étudiant

Autre (précisez) :

⁷ Personne qui, par le lien qu'elle a avec un titulaire, bénéficie indirectement des prestations de santé (ex.: conjoint qui ne travaille pas, enfant...). Sont également considérées comme personne à charge : - les enfants de moins de 25 ans dont le titulaire assume l'entretien, - ainsi que les personnes domiciliées sous le même toit, bénéficiant de revenus professionnels et/ou de remplacement faibles, et qui sont soit conjoint, ascendant ou cohabitant.

▪ **Situation du demandeur APRÈS le dommage**
(ne complétez cet encadré que si votre situation a changé)

- Salarié (indiquez la profession) :
Nom et adresse de l'employeur :
.....
- Indépendant (indiquez la profession) :
Nom et adresse de l'entreprise :
.....
N° de l'entreprise :
- Demandeur d'emploi
- En incapacité de travail
- Pensionné
- Élève, étudiant
- Autre (précisez) :

IV. Informations sur les prestataires de soins mis en cause

Indiquez les coordonnées **complètes** des prestataires de soins ou institutions de soins de santé que vous estimez à l'origine des dommages (médecin, kinésithérapeute, infirmier, hôpital, cabinet médical, laboratoire, etc.).

1 – Nom du prestataire de soins ou de l'institution de soins de santé :

.....

Rue et n°:

Code postal : Commune :

Tél. : N° INAMI (si connu) :

Dates des actes médicaux : / / ; / /

Assureur du prestataire (si connu) :

2 – Nom du prestataire de soins ou de l'institution de soins de santé :

.....

Rue et n°:

Code postal : Commune :

Tél. : N° INAMI (si connu) :

Dates des actes médicaux : / / ; / /

Assureur du prestataire (si connu) :

3 – Nom du prestataire de soins ou de l'institution de soins de santé :

.....

Rue et n°:

Code postal : Commune :

Tél. : N° INAMI (si connu) :

Dates des actes médicaux : / / ; / /

Assureur du prestataire (si connu) :

4 – Nom du prestataire de soins ou de l’institution de soins de santé :

.....
Rue et n°:
Code postal : Commune :
Tél. : N° INAMI (si connu) :
Dates des actes médicaux : / / ; / /
Assureur du prestataire (si connu) :

5 – Nom du prestataire de soins ou de l’institution de soins de santé :

.....
Rue et n°:
Code postal : Commune :
Tél. : N° INAMI (si connu) :
Dates des actes médicaux : / / ; / /
Assureur du prestataire (si connu) :

6 – Nom du prestataire de soins ou de l’institution de soins de santé :

.....
Rue et n°:
Code postal : Commune :
Tél. : N° INAMI (si connu) :
Dates des actes médicaux : / / ; / /
Assureur du prestataire (si connu) :

7 – Nom du prestataire de soins ou de l’institution de soins de santé :

.....
Rue et n°:
Code postal : Commune :
Tél. : N° INAMI (si connu) :
Dates des actes médicaux : / / ; / /
Assureur du prestataire (si connu) :

V. Procédures éventuelles déjà engagées suite au dommage

Si vous avez déjà introduit une action auprès d'un tribunal en vue de percevoir une indemnisation pour le dommage subi, vous êtes **dans l'obligation** :

- **d'informer le FAM** de cette action engagée auprès d'un tribunal
- **d'informer ce tribunal** que vous avez engagé une procédure auprès du FAM.

Cette obligation est aussi valable pour l'avenir : si, pendant la procédure engagée auprès du FAM, vous décidez d'aller en justice, vous devez alors nous en informer.

⇒ *Complétez toujours les encadrés suivants, même si l'action en justice est terminée.*

- Avez-vous engagé (pour vous-même ou pour le patient) une action en justice en vue d'une indemnisation ?

Oui Non

Si oui, à quelle date ? / /

Devant quel tribunal ?

- Avez-vous déjà pris contact avec les prestataires de soins mis en cause ou avec leur assureur ? Oui Non

Si oui, quel a été le contenu de ces contacts ? Joignez les copies des courriers échangés, etc.

.....
.....
.....

- Pour le dommage qui fait l'objet de votre demande, avez-vous déjà reçu une indemnisation :

⇒ *Cochez obligatoirement les réponses correspondant à votre situation.*

- du prestataire de soins ? Oui Non
- d'un assureur privé (le vôtre ou celui du prestataire de soins) ? Oui Non
- du tribunal ? Oui Non
- de l'assureur-loi (accident de travail)? Oui Non
- autre ? (précisez)

VI. Désignation d'un mandataire

Vous avez introduit une demande auprès du FAM. Si nécessaire pour votre dossier, vous pouvez désigner un mandataire qui représentera vos intérêts et sera votre interlocuteur privilégié.

MANDAT

Je soussigné(e) désigne la personne citée ci-dessous comme mon mandataire pour introduire au FAM le dossier concernant [nom du patient]
.....

Je joins une **copie de ma carte d'identité** pour confirmer l'authenticité de ma signature.

- **Identité du mandant** (personne qui a introduit le dossier : patient lui-même, proche du patient, représentant légal ou ayant droit)

NOM :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Date de naissance : / /

Fait à le

Signature du mandant :

- **Identité du mandataire**

NOM (ou dénomination de la personne morale) :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Date de naissance : / /

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 ou cachet officiel de la personne morale :

La désignation du mandataire peut être révoquée à tout moment, par un écrit, daté et signé. En ce cas, il est recommandé de mettre au courant toutes les personnes qui ont reçu la désignation originale.

VII. Autorisation d'accès au dossier médical du patient

AUTORISATION D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL LORSQUE LE PATIENT EST EN VIE

Je soussigné(e) [nom du patient ou du représentant légal]
..... donne par la présente l'autorisation
aux médecins du Fonds des accidents médicaux d'exercer le droit de :

- s'informer sur l'état de santé et son évolution probable du patient désigné ci-dessous
- consulter le dossier médical du patient
- obtenir une copie du dossier médical du patient.

Je joins une **copie de ma carte d'identité** pour confirmer l'authenticité de cette autorisation.

▪ Identité du patient

NOM :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Date de naissance : / /

▪ Identité du représentant légal (si nécessaire)

NOM :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Date de naissance : / /

Fait à le

Signature du patient ou du représentant légal :

AUTORISATION D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL LORSQUE LE PATIENT EST DÉCÉDÉ

Je soussigné(e)⁸
donne par la présente l'autorisation aux médecins du Fonds des accidents médicaux
d'exercer le droit de :

- s'informer
- consulter le dossier médical du patient désigné ci-dessous
- obtenir une copie du dossier médical du patient.

Je joins une **copie de ma carte d'identité** pour confirmer l'authenticité de cette autorisation et une **copie de l'acte de décès du patient**.

▪ Identité du patient décédé

NOM :

Prénom :

Dernière adresse :

Date de naissance : / /

▪ Identité du représentant

NOM :

Prénom :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Date de naissance : / /

Fait à le

Signature du patient ou du représentant :

⁸ Epoux, partenaire, partenaire cohabitant légal, parent jusqu'au deuxième degré du patient (art. 9§4, L. 22 août 2002 relative aux droits du patient).

VIII. Envoi du dossier au Fonds des accidents médicaux

⇒ *Complétez et signez cette page en autant d'exemplaires qu'il y a de demandeurs.*

Date :

NOM et Prénom du signataire :

Signature* :



* Patient demandeur, demandeur autre que le patient, ou représentant légal si le demandeur est un mineur ou un majeur protégé.

Pour que votre dossier soit complet, joignez à ce dossier :

- tous les documents justificatifs nécessaires listés dans la « check-list des documents à nous envoyer » (page 4)
- une copie recto-verso de votre carte d'identité.

Envoyez-nous l'ensemble de votre dossier **par recommandé** :

INAMI
Fonds des accidents médicaux
Avenue de Tervueren 211
1150 Bruxelles
Belgique

Si vous avez des questions sur ce formulaire, contactez le secrétariat du FAM :

- par e-mail : secr@fam.fgov.be
- par tél. : +32(0)2 894 21 00

Plus d'informations sur les conditions pour pouvoir introduire une demande auprès du FAM, sur la façon dont nous analysons un dossier et sur la procédure d'indemnisation éventuelle : notre site web : www.inami.be, thème [Accidents médicaux](#).

Article 12 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé

Art. 12. § 1er. Toute personne qui s'estime victime d'un dommage résultant de soins de santé ou ses ayants droit peuvent adresser au Fonds, par lettre recommandée à la poste, une demande d'avis sur la responsabilité éventuelle d'un prestataire de soins dans le dommage subi, ainsi que sur la gravité de celui-ci.

§ 2. La lettre recommandée mentionne :

- 1° l'identité complète des demandeurs et, le cas échéant, du patient;
- 2° la date et une description de l'élément générateur du dommage résultant de soins de santé;
- 3° une description des dommages allégués;
- 4° le cas échéant, l'identité et l'adresse du ou des prestataires de soins impliqués;
- 5° l'indication des procédures civiles et pénales éventuelles mises en œuvre à la suite du dommage concerné;
- 6° tous les éléments qui permettent d'apprécier l'origine et la gravité du dommage;
- 7° les indemnités éventuelles déjà perçues ou en cours de traitement, en ce compris les remboursements effectués ou à effectuer par un organisme assureur ou un assureur;
- 8° l'identité de l'organisme assureur du demandeur et des éventuels assureurs susceptibles d'indemniser le dommage.

§ 3. La demande est irrecevable si elle est adressée au Fonds plus de cinq ans à partir du jour qui suit celui où le demandeur a eu connaissance du dommage dont il est demandé l'indemnisation, ou de son aggravation, et de l'identité de la personne à l'origine du dommage, ou plus de vingt ans à partir du jour qui suit celui où s'est produit le fait qui a causé le dommage.

§ 4. Le délai de prescription visé au paragraphe 3 est suspendu ou interrompu conformément au droit commun.

La prescription est également interrompue lorsque le demandeur fait connaître à l'assureur du prestataire de soins ou au prestataire lui-même sa volonté d'être indemnisé. Cette interruption cesse au moment où l'assureur ou le prestataire de soins fait connaître par écrit, au demandeur, sa décision d'indemnisation ou son refus.

§ 5. La demande est également irrecevable si :

- 1° le demandeur a déjà accepté, pour le même dommage, une offre d'indemnisation définitive du Fonds, de l'assureur du prestataire de soins ou du prestataire de soins lui-même;
- 2° le demandeur a déjà été indemnisé du dommage par le Fonds, par l'assureur d'un prestataire de soins ou par le prestataire de soins lui-même, en vertu d'une décision judiciaire coulée en force de chose jugée;
- 3° une décision judiciaire coulée en force de chose jugée a déclaré non fondée la demande d'indemnisation du dommage, tant sur la base de la responsabilité d'un prestataire de soins que d'un accident médical sans responsabilité.

§ 6. Le cas échéant, le demandeur informe la juridiction saisie de la demande d'indemnisation du dommage résultant de soins de santé de l'introduction d'une demande devant le Fonds. De même, il informe le Fonds de l'introduction de toute demande d'indemnisation du chef du dommage résultant de soins de santé devant une juridiction conformément au droit commun.