

DEMANDE de COMMUNICATION de DOSSIER MEDICAL
-PATIENT Hospitalisations-

(A compléter et adresser au service PMSI
Fax : 04 74 86 19 26 - mail : pmsi.cdr@noalys.com)

Ref DDM n/.....

PATIENT(E) :

Nom et prénom du patient :

Nom de naissance :

Date de naissance :/...../.....

DEMANDEUR :

Nom prénom :

CONTACT : (tel., adresse , mail)

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

Qualité /lien avec le patient:

- Patient (moi-même)
 Représentant(e) légal(e) de M. / Mme
 Ayant droit de M. / Mme
(En cas de volonté formalisée de non divulgation du patient, un certificat médical vous sera adressé)

DOSSIER MEDICAL (Merci de préciser au maximum les éléments dont vous souhaitez communication)

Dates de séjours :

Médecin responsable :

Documents souhaités :

Merci de préciser le motif de votre demande :

- Suivi médical Réclamation
 Assurance, expertise Succession
 Autres :

Ainsi que les modalités de communication que vous choisissez :

- CONSULTATION du dossier SUR PLACE
 ENVOI DU DOSSIER RAR (Recommandé Accusé de Réception)
 REMISE EN MAIN PROPRE
 FAX n°

A réception de ces éléments, nous vous adresserons la copie du dossier dans le respect des délais légaux
(8 jours pour les dossiers de moins de 5 ans, 2 mois pour les dossiers de plus de 5 ans)

Joindre à votre demande :

- la **copie de votre pièce d'identité**, certifiée conforme par vos soins.
 un document justificatif, si vous agissez en qualité de représentant(e) légal(e) ou d'ayant droit.

La clinique des Côtes du Rhône n'est que dépositaire temporaire des archives médicales de la clinique St Charles : si votre dossier médical est antérieur au 26 juillet 2016 une participation forfaitaire aux frais de désarchivage de 25 € vous sera demandée.

Les frais de copie (0.18€ par page) et d'envoi (forfait d'envoi RAR de 7€) sont à votre charge ; une facture détaillée de ces frais vous sera fournie.

Je soussigné(e)(*nom prénom*)..... m'engage à régler les frais correspondant à la demande de communication de dossier médical, s'élevant à 0.18€ par page, complété du forfait d'envoi en RAR de 7€, et éventuellement au forfait de désarchivage de 25 € si je suis concerné(e).

Fait à

Le.....

signature