

 CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON	FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT	Page 1 / 3
	DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX (LOI DU 4 MARS 2002)	Version : 006
	N° Réf : ADMIN-ENR-002	Date d'application : 12/01/2021

1. Identité du demandeur

Je soussigné(e) Mme M. (cocher la case correspondante)

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Né(e) le : / /

Adresse :

.....

Tél : E-mail :

2. Identité du patient

Je sollicite la communication des documents médicaux :

Concernant : (cocher la case correspondante)

mon dossier médical

pour le motif suivant (facultatif) :

le dossier médical de :

Mme M.

Nom : Prénom :

Né(e) le : / / Nom de jeune fille :

En qualité de :

Représentant légal : Détenteur de l'autorité parentale Tuteur

Pour une personne décédée : Ayant droit (Notion d'ayant droit : successeur légal ou testamentaire) ou concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité

Pour le motif suivant : **(Merci de ne préciser qu'un seul motif)**

pour connaître les causes du décès

pour défendre la mémoire du défunt*

.....

.....

pour faire valoir des droits*

.....

.....

**Merci de motiver votre demande (sans justification la demande ne pourra être traitée)*

3. Informations sur la période d'hospitalisation concernée par la demande (**Date d'hospitalisation / Documents souhaités / Médecins concernés / Services concernés ...**)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

 CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON	FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT	Page 2 / 3
	DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX (LOI DU 4 MARS 2002)	Version : 006
	N° Réf : ADMIN-ENR-002	Date d'application : 12/01/2021

4. Choix de la transmission des documents (cocher la case correspondante)

- Envoi **simple** des photocopies à mon adresse indiquée dans la 1^{ère} partie
- Envoi **en recommandé avec avis de réception** des photocopies à mon adresse indiquée dans la 1^{ère} partie
- Envoi simple des photocopies au Docteur (nom, prénom, adresse) :
.....
- Remise en main propre (je serai contacté(e) par téléphone lorsque les copies seront prêtes) :
 au demandeur
 à la personne désignée ci-dessous, une pièce d'identité lui sera réclamée :
Nom : Prénom :
Lien avec le demandeur :
- Consultation sur place

5. Frais de reproduction du dossier médical

Les frais de reproduction et d'envoi sont à la charge du demandeur selon les tarifs disponibles en annexe.

6. Ce document est à retourner au :

Centre Hospitalier des Chanaux
Monsieur le Directeur
350 Boulevard Louis Escande
71018 MACON CEDEX

En cas de difficulté, vous pouvez contacter le secrétariat de la
Cellule Qualité-Risques-Usagers : au : 03-85-27-50-03
E-mail : chmacon@ch-macon.fr

7. Pièces à fournir

- **Document à retourner si la demande est : Pour vous même :**
 - photocopie recto/verso de la pièce d'identité du demandeur (carte d'identité / permis / passeport)
- **Document à retourner si la demande est : En qualité de responsable légal :**
 - photocopie recto/verso de la pièce d'identité du demandeur (carte d'identité / permis / passeport)
 - photocopie du livret de famille (complet) ou jugement de mise sous tutelle
 - remarque : s'il s'agit de documents concernant un enfant mineur, la loi prévoit un accord du mineur
- **Document à retourner si la demande est : Pour une personne décédée :**
 - Pour le conjoint ou enfant :
 - photocopie recto/verso de la pièce d'identité du demandeur (carte d'identité / permis / passeport)
 - photocopie du livret de famille (complet) ou acte de naissance ou autre document permettant la qualification d'ayant droit
 - photocopie de l'acte de décès (si le patient n'est pas décédé au Centre Hospitalier)
 - Pour les autres ayants droit :
 - photocopie recto/verso de la pièce d'identité du demandeur (carte d'identité / permis / passeport)
 - acte notarié
 - photocopie de l'acte de décès (si le patient n'est pas décédé au Centre Hospitalier)
 - Pour le concubin :
 - photocopie recto/verso de la pièce d'identité du demandeur (carte d'identité / permis / passeport)
 - certificat de concubinage
 - photocopie de l'acte de décès (si le patient n'est pas décédé au Centre Hospitalier)
 - Pour le partenaire lié par un pacte civil de solidarité :
 - photocopie recto/verso de la pièce d'identité du demandeur (carte d'identité / permis / passeport)
 - contrat du PACS
 - photocopie de l'acte de décès (si le patient n'est pas décédé au Centre Hospitalier)

Date :

Signature précédée de « lu et approuvé »:

**Les documents seront transmis lorsque la demande sera complète. Le délai d'attente pour la communication des pièces varie selon l'ancienneté du dossier, tel que prévu par la loi.
En cas d'hospitalisation du patient lors de la demande, les documents seront transmis à l'issue du séjour.**

 CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON	FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT	Page 3 / 3
	DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX (LOI DU 4 MARS 2002)	Version : 006
	N° Réf : ADMIN-ENR-002	Date d'application : 12/01/2021

ANNEXE TARIFAIRE : FRAIS DE REPRODUCTION DU DOSSIER

Les frais de reproduction et d'envoi sont à la charge du demandeur :

Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception	Tarif de la poste en vigueur
Frais d'envoi simple – Lettre verte	Tarif de la poste en vigueur
Prix unitaire de la photocopie A4 en recto / verso (si possible*)	0,18 €
Prix unitaire de la photocopie A3 en recto / verso (si possible*)	0,36 €
Reproduction d'imagerie sur CD-Rom	2,75 €

**Le nombre de feuille transmise sera dépendant de l'architecture du dossier patient informatisé.*

Une facture à régler au Trésor Public vous sera adressée.