CENTRE HOSPITALIER
Région de Saint-Omer

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL EN TANT QU'AYANT-DROIT

Ou d'éléments de ce dossier (compte rendu d'hospitalisations…)

Votre demande doit être formulée nécessairement au moyen de cet imprimé dûment complété, signé et accompagné des justificatifs demandés et envoyé en lettre simple à :

Monsieur le Directeur,
CENTRE HOSPITALIER DE LA REGION DE SAINT OMER
ROUTE DE BLENDECQUES - BP 60357 HELFAUT
62505 SAINT OMER CEDEX

Votre demande vous engage à régler le montant des frais de copies de dossier facturé selon la règlementation en vigueur. (détail ci-dessous)

❖ TARIFICATION DES COUTS DE REPRODUCTION DES ELEMENTS DU DOSSIER

(Selon la réglementation en vigueur)

La page	0.18€	Tarif au nombre de pages copiées
Le CD (clichés imagerie, radiographies)	2.75€	
Frais d'envoi en recommandé avec AR*		Selon tarif postal en vigueur

Vous recevrez un titre de recettes émis par la Trésorerie que vous règlerez selon les modalités indiquées.

En cas d'urgence ou de nécessité, et sous réserves du contexte sanitaire, vous pouvez retirer le dossier directement au CHRSO : faites en la demande sur cet imprimé en cochant la case suivante : ☐ Dans ce cas, attendez d'être appelé pour qu'un rendez-vous vous soit proposé lorsque le dossier sera prêt.

❖JUSTIFICATIFS NECESSAIRES POUR QUE CETTE DEMANDE SOIT RECEVABLE

☑ Le présent imprimé dûment complété et signé,
☑ La photocopie recto verso de votre pièce d'identité,
☑ Un certificat de notoriété, ou copie du livret de famille +certificat de décès, ou autre pièce justificative de la qualité d'ayant-droit.

☐ Un justificatif de domicile si votre adresse figurant sur votre pièce d'identité est différente de votre adresse actuelle.

❖ **Identité du demandeur (ayant droit)**		
NOM de naissance : ……	Prénom(s) : ……	Date de naissance : ……
Adresse : …… ……		
Téléphone (obligatoire) : _____/_____/_____/_____/_____		
Souhaite avoir accès au dossier médical de (indiquer le lien de parenté s'il y lieu) : ……		
NOM de naissance : ……	Prénom(s) : ……	Date de naissance : ……

❖**OBLIGATOIRE: Motif de la demande** Expliciter le motif et compléter avec un courrier si nécessaire et joindre la copie des documents utiles le cas échéant (courrier assureur, convocation expertise…)

L'équipe médicale déterminera les éléments du dossier qui permettront de répondre à votre demande : seuls les éléments répondant au(x) motif(s) invoqué(s) vous seront transmis.

……
……
……
……
……
……
……
……
……

Je m'engage à régler le montant des frais de copies et d'envoi du dossier médical demandé selon la tarification en vigueur.

Fait à ……, le……

Mention manuscrite « Lu et approuvé » et Signature obligatoire :

Nous attirons votre attention sur le caractère strictement personnel des informations qui vous seront transmises vis-à-vis de tiers et des conséquences éventuelles que la révélation et/ou l'interprétation de certaines informations peuvent entrainer.