DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER MÉDICAL

FORMULAIRE D'ACCÈS : PATIENT - REPRÉSENTANT LÉGAL

IDENTITÉ DU DEMANDEUR :

Nom de naissance : …… Nom d'usage :……..

Prénom : ……

Date de naissance : …… / …… / ……

Adresse :……

……

N° de téléphone : …… / …… / …… / …… / ……

Mail : ……@……

AGISSANT EN QUALITÉ DE :

❑ Patient

❑ Représentant légal d'un patient mineur
❑ Représentant légal d'un patient majeur sous tutelle

Nom de naissance du patient : ……
Nom d'usage du patient ……
Prénom du patient : ……

JUSTIFICATIFS À FOURNIR :

Attention ! Pour que la demande soit recevable, il faut impérativement un dossier complet

☞ **Patient** :
copie recto-verso de la pièce d'identité : CNI/passeport/carte de séjour.

☞ **Représentant légal d'un patient mineur** :
copie recto-verso de la pièce d'identité du parent (CNI/passeport/carte de séjour) **et** copie du livret de famille partie parents + enfant.

☞ **Représentant légal d'un patient majeur sous tutelle** :
copie recto-verso de la pièce d'identité du tuteur (CNI/passeport/carte de séjour) **et** du patient **et** copie du jugement de tutelle.

MODALITÉS DE COMMUNICATION DES PIÈCES MÉDICALES :

❑ Envoi postal à mon domicile sous LRAR

❑ Remise sur place sur rendez-vous
↳ *le département d'informations médicales vous contactera par téléphone dès que le dossier sera prêt*

❑ Consultation sur place sur rendez-vous,
↳ *le département d'informations médicales vous contactera par téléphone dès que le dossier sera prêt*

❑ Envoi postal à un médecin, que je désigne comme mandataire :
Nom du médecin : …… Prénom : ……
Adresse : ……
……

DÉLAIS D'ENVOIS DES PIÈCES :

> Délais d'envoi des dossiers de moins de 5 ans > 8 jours à compter de la réception **d'un dossier complet**

> Délais d'envoi des dossiers de plus de 5 ans > 2 mois maximum à compter de la réception **d'un dossier complet**

VOIR AU VERSO

Documents à retourner à : Groupement Hospitalier Portes de Provence
Direction Qualité et Relation avec les Usagers - BP 249 – 26216 MONTELIMAR cedex
04.75.53.40.05 – secretariat.qualite.usagers@ghpp.fr

COMMUNICATION DES PIÈCES SUIVANTES :

❑ Compte-rendu d'hospitalisation - dates :

❑ Compte-rendu opératoire - dates :

❑ Compte-rendu de consultation - dates :

❑ Compte-rendu d'examen anatomo-pathologie - dates :

❑ Compte-rendu d'examen radiologique (Radio – scanner – IRM) - dates :

❑ Images radiologiques - dates :

❑ Dossier infirmier – dates :

❑ Autres documents, merci de les préciser : .....

.....

.....

FACTURATION :

<u>En cas de première demande</u> : les frais d'envoi et de reproduction ne sont pas applicables.

<u>À partir de la seconde demande</u> : à réception de votre dossier complet (formulaire + justificatifs), le coût de reproduction de votre dossier vous sera communiqué par téléphone par le service des Archives. Le dossier médical vous sera adressé à réception de votre règlement, par chèque à l'ordre du Trésor Public.

FRAIS DE PHOTOCOPIES - TARIFS GHPP 2026

Photocopie A4 *(prix unitaire)*	0.30 €
Photocopie A3 *(prix unitaire)*	0.60 €
CD Imagerie *(prix unitaire)*	2.99 €
Radiographie *(prix unitaire)*	2.27 €
Planche de photos A4 *(prix unitaire)*	2.27 €

RECOMMANDÉS R1 - TARIFS POSTAUX 2026

Jusqu'à 20g	6.11€
Jusqu'à 50g	6.98€
Jusqu'à 100g	7.88€
Jusqu'à 250g	9.63€
Jusqu'à 500g	11.32€
Jusqu'à 1kg	13.02€
Jusqu'à 2kg	15.42€
+ Accusé de réception	1.45€

Le ……/……../…….. **Signature :**