



DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL Articles L.1111-7 et R.1111-1 à R.1111-8 du Code de la santé publique
ET REPRODUCTION DE DOCUMENTS

IDENTITE DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) : Madame, Monsieur, (*ayer les mentions inutiles*)

Nom Nom de naissance

Prénom Date de naissance

Adresse

Téléphone

Mail

Joindre obligatoirement la copie d'un justificatif de l'identité du demandeur : titre d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport)

Pour les parents (demande de communication du dossier d'un patient mineur)

Représentant légal de né (e) le

Justificatif à fournir : copie du livret de famille et du titre d'identité du demandeur.

Le cas échéant, copie du jugement quant à la garde de l'enfant accompagné d'une copie d'un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois.

Pour les tuteurs (demande de communication du dossier d'un patient sous tutelle)

Tuteur de né (e) le

Justificatif à fournir : copie du titre d'identité du demandeur et du jugement de tutelle.

♦ FRAIS DE COPIE ET D'ENVOI

Les frais de reproduction et d'envoi sont fixés par l'établissement. Ils comprennent le coût des photocopies des documents papiers, le coût de ré édition du dossier d'imagerie médicale (radiographies/scanners), les frais d'envoi en recommandé avec accusé réception.

Frais de ré édition			Tarif
FORFAIT DE REPRODUCTION PAR EXAMEN CD /reprographie/ CR			5 €
DATES DE VENUES	TYPE D'examen	Nbre d'exemplaire	Prix
MODALITES DE COMMUNICATION			
Je souhaite l'envoi postal à mon domicile (frais de copies et d'envoi en RAR soumis à facturation)			<input type="checkbox"/> 5,10€*
Je souhaite le retrait de mon dossier au centre d'imagerie (frais de copies soumis à facturation)			<input type="checkbox"/>
Total			

*Tarif de La Poste en vigueur **A titre d'exemple** Envoi d'un document simple en Accusé de réception

EXEMPLE UN PATIENT DEMANDE :

DATES DE VENUES		Nbre d'exemplaire	Prix
01/01/2017	Scanner abdominal	2	=2x5 euros =10 €
10/02/2017	Echographie et une radio	1	=1x (1x5+1x5) =10€
MODALITES DE COMMUNICATION			
Je souhaite l'envoi postal à mon domicile (frais de copies et d'envoi en RAR soumis à facturation)			<input checked="" type="checkbox"/> 5,10€*
Je souhaite le retrait de mon dossier au centre d'imagerie (frais de copies soumis à facturation)			<input type="checkbox"/>
Total			=25,10€

-Les documents seront transmis après réception du PAIEMENT *Veuillez cocher le mode de paiement choisi:*

Espèces chèque *

*chèque libellé à l'ordre de la **société d'imagerie médicale de Bois Bernard SIMBB** et adressé à la Direction de l'établissement.

Société d'Imagerie Médicale de Bois Bernard : SIMBB RTE DE NEUVIREUIL 62320 BOIS BERNARD

Fait à, le

Signature du demandeur