



**FORMULAIRE TYPE DE DEMANDE
DE DOSSIER MEDICAL**
En cas de décès du patient

DIR-ENG-039

Version 3.00
Du 09/01/2025
Page 1 sur 2

Direction du Droit des Patients – Centre Hospitalier de Bastia – BP 680 20604 Bastia Cedex Tel : 04.95.59.18.70
Mail : dossier-medical-patient@ch-bastia.fr Demande en ligne sur le site de l'établissement : www.ch-bastia.fr

ACCUEIL DU PUBLIC : uniquement le matin de 09h00 à 12h00 du lundi au vendredi

En cas de décès du patient : vous devez attester de votre qualité d'ayant droit du patient (copie du livret de famille, du certificat d'hérédité ou de notoriété), ou de votre qualité de concubin (tout document pouvant attester de la vie commune) ou de votre qualité de partenaire lié par un pacte civil de solidarité (copie du PACS)

Si besoin vous pouvez joindre tout autre document qui étayerait votre demande.

Vous êtes (cocher la case correspondante) :
 Ayant droit
 Concubin(e)
 Pacsé(e)

Je soussigné(e) M. / Mme / Melle _____ Né(e) le : _____.

Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____.

Mail : _____ Téléphone : _____.

Nom, prénom du patient : _____ Né(e) le : _____.

Date d'hospitalisation : Du _____ Au _____ Unité de Soins Concernée : _____.

Date d'hospitalisation : Du _____ Au _____ Unité de Soins Concernée : _____.

Date d'hospitalisation : Du _____ Au _____ Unité de Soins Concernée : _____.

Motif de la demande (Cocher la case correspondante)

Connaître les causes du décès

Faire valoir ses droits (**Préciser de manière circonstanciée**) : ex : suspicion défaillance dans la prise en charge du patient, réponse à des questionnements précis, droit au versement d'un capital décès, bénéficiaire assurance vie, examen des caractéristiques génétiques...

Défendre la mémoire du défunt (**Préciser de manière circonstanciée**)

Selon les modalités suivantes (Cocher la case correspondantes)

Retrait sur place

Envoi par courrier

Désigne comme mandataire (Nom, prénom, qualité, coordonnées téléphoniques de la personne autorisée à obtenir les pièces médicales du patient) Joindre une copie recto-verso du justificatif d'identité du mandataire :

Date : _____

Signature :

Modalités de facturation

Le double du dossier médical est délivré gratuitement dans le cadre d'une première demande.

A partir d'une deuxième demande de dossier médical il sera payant.

Voici le détail des tarifs à l'unité :

- 0,15€ la copie
- 3,00€ le petit cliché radio
- 4,00€ le moyen cliché radio
- 5,00€ le grand cliché radio
- 2,75€ le CD ou clé USB (les scanners et IRM sont transmis sous forme de CD)
- 5,36€ pour les frais d'envoi en RAR

En cas de facturation, un avis des sommes à payer sera envoyé au domicile du demandeur accompagné des modalités de paiement. Le paiement s'effectue auprès du Trésor Public.

Rappel des modalités d'accès au dossier médical

« Conformément à la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, à la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé, au décret du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé (DMP), à la loi informatique et libertés de 1978 (modifiée en 2004), puis modifiée par la loi du 7 Octobre 2016, l'ensemble des informations de santé relatives au patient, à l'occasion de son séjour, ou de sa consultation, est rassemblé dans un dossier médical (dossier patient) individuel qui est conservé dans l'établissement.

Sauf opposition justifiée du patient, ces informations médicales sont partagées entre les équipes de soins pour assurer une prise en charge optimale du patient (dossier médical partagé) et font l'objet d'un enregistrement informatique. »

Pour accéder aux modalités d'accès au dossier médical vous pouvez vous rendre à l'adresse internet suivante : www.ch-bastia.fr

Pour les demandes effectuées en ligne sur le site de l'établissement, dans le cas où vous ne recevriez pas d'accuser réception de votre demande dans les 48 heures (jours ouvrés) – contacter la direction du droit des patients - Tel : 04.95.59.18.70 et/ou mail : service.juridique@ch-bastia.fr

Je soussigné(e) _____, atteste sur l'honneur de l'exactitude des informations renseignées et certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessus

Date : _____

Signature :