



Formulaire demande de communication de dossier médical

Informations sur le demandeur

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal et ville :

Tél. : Mail :

Site et service concernés :

Date de la prise en charge : / /

Informations complémentaires que vous jugerez utiles :

Justificatif à joindre

Carte d'identité du demandeur (recto-verso)

Document(s) souhaité(s)

Le compte rendu de ma prise en charge

Les pièces essentielles de mon dossier médical

Autre(s) document(s) (*à préciser*)

.....

.....

.....

Je souhaite (cochez la case correspondante)

Recevoir mon dossier à mon domicile sous pli recommandé et à mes frais

Venir chercher les copies de mon dossier à la Direction des Usagers

Consulter mon dossier sur place

Tableau des tarifs :

Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception	Tarifs réglementaires en vigueur
Prix unitaire de la photocopie / CD Rom (pour les imageries)	0,18€ / 1,58€

Date : / /

Signature :

Documents à retourner, accompagnés des justificatifs au :
Groupe Hospitalier de la Région Mulhouse et Sud Alsace
Direction des Usagers (Pavillon 4) - 87 Avenue d'Altkirch - BP 1070 - 68051 Mulhouse Cedex
ou par mail à l'adresse DU@ghrmsa.fr

La Direction des Usagers se tient à votre disposition pour tous renseignements
au **03 89 64 78 79** ou **03 89 64 78 14**