

ANNEXE 3

**Demande de communication du dossier patient
Majeur protégé sous tutelle**

Vous souhaitez obtenir votre dossier médical. Afin de satisfaire votre demande, nous vous remercions de bien vouloir compléter ce formulaire et de le retourner auprès de la direction de l'établissement concerné :

L'Hôpital de la Timone :

par courrier : 264 rue Saint Pierre, 13385 Marseille Cedex 05,
ou par mail : direction.patienteletimone@ap-hm.fr

L'hôpital de la Conception :

par courrier : 147 Bd Baille, 13385 Marseille Cedex 05,
ou par mail : Secretariat.deDirectionCONCEPTION@ap-hm.fr

L'hôpital Nord :

par courrier : Chemin des Bourrely, 13915 Marseille Cedex 20,
ou par mail : bdmnord@ap-hm.fr

Les Hôpitaux Sud :

par courrier : 270 Bd Sainte Marguerite, 13009 Marseille 09,
ou par mail : dossiersmedicauxsud@ap-hm.fr

Il est impératif de joindre à votre demande un justificatif d'identité (copie recto-verso de la Carte Nationale d'Identité ou du Passeport), une copie du jugement de placement sous tutelle.

■ IDENTITE DU TUTEUR ET DU PATIENT

Je soussigné(e)

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom(s) : Date de naissance :

Demeurant :

Téléphone :

Mail :

Tuteur du majeur protégé ci-après désigné, souhaite obtenir les pièces de son dossier patient :

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom(s) : Date de naissance :

Demeurant :

■ PIECES DU DOSSIER PATIENT DEMANDEES

- intégralité du dossier patient
- compte-rendu d'hospitalisation
- compte-rendu opératoire
- clichés (radios, scanners...)
- autres pièces :

■ RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA RECHERCHE DU DOSSIER

Service(s) d'hospitalisation :
 Date(s) d'hospitalisation :
 Chef(s) de services(s) :
 Hôpital concerné : Timone Conception Nord Hôpitaux Sud

■ MODALITES DE COMMUNICATION

consultation gratuite sur place (dans le/les service(s) d'hospitalisation)
 envoi de copies à mon domicile ou au médecin intermédiaire que je désigne :
 Docteur (nom / prénom)
 Adresse.....
 Complément Adresse
 Téléphone.....

■ FRAIS DE COPIE ET D'ENVOI

La première copie du dossier patient et son envoi ne sont pas facturés aux demandeurs conformément à la décision du Directeur Général de la l'APHM.

A compter de la deuxième demande, la copie du dossier patient et son envoi seront facturés aux demandeurs, selon la tarification en vigueur au sein de l'établissement.

Les frais de reproduction et d'envoi sont fixés par l'établissement.

Ils comprennent le coût des photocopies des documents papier, le coût des copies des clichés radiologiques ou contretypes, les frais d'envoi en R.A.R. (le cas échéant).

Les tarifs applicables pour l'exercice 2025, en application de la décision du Directeur Général de l'AP-HM n° 77/2025 du 6 mai 2025, sont les suivants :

Format de copie	Tarif unitaire
A4	0,18 €
A3	0,36 €
Supplément envoi postal LRAR	7,00 €
CD-ROM / DVD	2,75 €
Bande sonore SAMU : désarchivage et copie sur CD	31,00 €
Désarchivage et retranscription écrite de la conversation SAMU	155,00 €

A

Signature

Le