DMP
DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ

Notice explicative pour la demande de copie de votre **Dossier Médical Partagé (DMP)**

1. Informations générales

À quoi sert ce formulaire ?

Ce formulaire permet à tout patient détenteur d'un DMP (Dossier Médical Partagé) de demander la copie de son DMP.

Il s'agit d'une **copie complète de votre DMP,** comprenant l'ensemble des documents contenus dans votre DMP, l'ensemble de l'historique des accès à votre DMP depuis sa création (traces fonctionnelles) et la liste des professionnels de santé autorisés à consulter votre DMP.

Cette copie de votre DMP vous sera adressée sur le support de votre choix : soit sur papier, soit sur CD-ROM, en fonction du choix que vous indiquerez sur le formulaire. Elle sera envoyée en recommandé à l'adresse du destinataire indiquée sur le formulaire.

Ce service est gratuit.

À qui envoyer ce formulaire ?

Ce formulaire doit être imprimé, complété, signé et **envoyé par courrier recommandé accompagné obligatoirement des pièces justificatives suivantes :**

- La photocopie d'un justificatif d'identité (carte d'identité nationale, carte de séjour, passeport…).
- La photocopie d'un justificatif de domicile **de moins de 3 mois** (facture d'eau, d'électricité, de gaz ou de téléphone…) ou **de moins de 12 mois** pour les décomptes de mensualisation.

Pièces justificatives complémentaires si le titulaire du DMP est mineur :

- Une photocopie du livret de famille ou une photocopie de la pièce établissant la tutelle.
- Une photocopie d'un justificatif d'identité du titulaire de l'autorité parentale effectuant la demande.

Pièces justificatives complémentaires si le titulaire du DMP est sous tutelle :

- Une photocopie de la pièce établissant la tutelle (extrait du jugement).
- Une photocopie d'un justificatif d'identité du tuteur désigné effectuant la demande.

En l'absence d'une seule des pièces justificatives nécessaires, votre demande ne sera pas traitée.

Votre courrier doit être adressé **en recommandé avec accusé de réception à :**

DMP INFO SERVICE
CPAM du PUY DE DÔME
63 031 CLERMONT-FERRAND CEDEX 9

« … L'accès au dossier médical partagé ne peut être exigé en dehors des cas prévus aux articles L. 1111-15 et L. 1111-16, même avec l'accord de la personne concernée. L'accès au dossier médical partagé est notamment interdit lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé et à l'occasion de la conclusion de tout autre contrat exigeant l'évaluation de l'état de santé d'une des parties. L'accès à ce dossier ne peut également être exigé ni préalablement à la conclusion d'un contrat, ni à aucun moment ou à aucune occasion de son application. Le dossier médical partagé n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail. Tout manquement aux présentes dispositions donne lieu à l'application des peines prévues à l'article 226-13 du code pénal...»

www.dmp.fr

Les données collectées et traitées au titre de votre dossier médical partagé sont sous la responsabilité de la CNAMTS. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au directeur de l'organisme de rattachement du titulaire du DMP.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

SÉCURITÉ SOCIALE
L'Assurance Maladie

2. Consignes de remplissage

Veuillez **écrire lisiblement,** sans rature, avec un stylo noir ou bleu, et en lettres capitales pour votre NOM et votre PRÉNOM.

Adressez obligatoirement **l'original du formulaire rempli.** Si vous adressez une copie du formulaire rempli, votre demande ne sera pas traitée.

3. Mode d'emploi rubrique par rubrique

Sur le formulaire, chaque rubrique est suivie d'un numéro. Si vous souhaitez de l'aide pour le remplissage d'une rubrique, reportez-vous au paragraphe ci-dessous qui porte le même numéro.

En l'absence d'une information obligatoire, DMP Info Service sera dans l'impossibilité de traiter votre demande.

(1) Si vous le connaissez, veuillez indiquer votre INS-C (Identifiant National de Santé Calculé). Cet identifiant est calculé à partir des informations de votre carte Vitale lors de la création de votre DMP. Il est composé de 22 chiffres. Il a dû vous être remis lors de la création de votre DMP.

(2) Veuillez indiquer votre civilité : M. (Monsieur), Mme (Madame).

(3) Veuillez indiquer **obligatoirement** votre nom d'usage (en lettres capitales).

(4) Veuillez indiquer **obligatoirement** votre nom de naissance (nom patronymique), s'il est différent de votre nom d'usage (en lettres capitales).

(5) Veuillez indiquer **obligatoirement** votre prénom (en lettres capitales).

(6) Veuillez indiquer **obligatoirement** votre date de naissance.

(7) Veuillez indiquer un numéro de téléphone où on peut vous joindre (fixe ou mobile) le cas échéant (mention non obligatoire, mais fortement recommandée surtout dans le cas où vous n'indiquez pas d'adresse électronique).

(8) Veuillez indiquer **obligatoirement** le format de la copie en cochant la case correspondant à votre choix : support CD-ROM ou support papier.

(9) Veuillez indiquer **obligatoirement** l'adresse postale à laquelle vous souhaitez que votre copie soit adressée.
Cette adresse doit être identique à celle figurant sur le justificatif de domicile fourni.

(10) Veuillez indiquer un complément d'adresse si nécessaire.

(11) Veuillez indiquer **obligatoirement** le code postal.

(12) Veuillez indiquer **obligatoirement** la ville.

(13) Veuillez indiquer le pays, si l'adresse d'expédition n'est pas située en France.

(14) Veuillez **indiquer l'adresse électronique à laquelle DMP Info Service peut vous écrire dans le cadre du traitement de votre demande** (mention non obligatoire).

(15) Veuillez apposer obligatoirement votre signature, suivie de la date du jour (16).
Dans le cas où la demande est effectuée par le représentant légal du titulaire du DMP (titulaire de l'autorité parentale ou tuteur légal), précisez en dessous de la signature la mention : *« Titulaire de l'autorité parentale »* ou *« Tuteur légal »* suivant le cas.

Les données collectées et traitées au titre de votre dossier médical partagé sont sous la responsabilité de la CNAMTS. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au directeur de l'organisme de rattachement du titulaire du DMP.

LE DMP EST UN SERVICE MIS EN ŒUVRE PAR L'ASSURANCE MALADIE

DMP
DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ

Formulaire de demande de copie de votre **Dossier Médical Partagé (DMP)**

Vous avez demandé une copie de votre DMP. Ce service est gratuit.

Cette demande de copie concerne le DMP du patient :

INS-C (Identifiant National de Santé Calculé) (1)	/_/	
NIR*		
Civilité (2)		
Nom (3)		
Nom de naissance (4)		
Prénom (5)		
Date de naissance (6)	/___ /___ / /___ /___ / /___ /___ /___ /___ /	
Numéro de téléphone (7)	**Fixe**	**Mobile**

Détail de la demande :

Format de la copie souhaité (8)	support CD-ROM ☐	OU	support PAPIER ☐	
Adresse du destinataire de la copie (9)				
Complément d'adresse éventuel (10)				
Code postal (11)				
Ville (12)				
Pays (13)				
Adresse électronique de confirmation de prise en charge et de traitement de votre demande (14)				

À LIRE ATTENTIVEMENT AVANT ENVOI

Ce formulaire **doit être signé et envoyé par courrier recommandé avec accusé de réception** à l'adresse ci-dessous, accompagné des pièces justificatives suivantes :

Les pièces justificatives à joindre obligatoirement à votre demande sont :

- Une photocopie de votre carte d'identité nationale, carte de séjour ou passeport.
- Une photocopie d'un justificatif de domicile **de moins de 3 mois** (facture gaz, électricité…).

L'adresse figurant sur le justificatif de domicile doit être identique à l'adresse indiquée pour l'envoi.

- *Le cas échéant, si la demande n'est pas formulée par le patient lui-même mais par son représentant légal, joindre en plus les justificatifs nécessaires à son identification : photocopie d'une pièce d'identité et du livret de famille (pour le titulaire de l'autorité parentale), ou de l'extrait de jugement (pour le tuteur légal).*

DMP INFO SERVICE - CPAM du Puy de Dôme
63 031 Clermont-Ferrand Cedex 9

3646 Service gratuit + prix appel

Tout formulaire, illisible ou incomplet ne sera pas traité par DMP Info Service et sera renvoyé à son expéditeur.

SIGNATURE OBLIGATOIRE DU DEMANDEUR (15)

_____ /_____ /20 _____ (16)

www.dmp.fr

Les données collectées et traitées au titre de votre dossier médical partagé sont sous la responsabilité de la CNAMTS. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au directeur de l'organisme de rattachement du titulaire du DMP.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie