

A RENVoyer

DEMANDE D'UNE COPIE DE DOSSIER MÉDICAL

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

Complément d'adresse :

Souhaite obtenir copie de mon dossier :

- | | |
|---|--|
| ☐ Dossier médical (en totalité) | ☐ Gynécologie |
| ☐ Dossier dentaire (en totalité) | ☐ Médecine Générale |
| ☐ Cardiologie | ☐ Ophtalmologie |
| ☐ Dermatologie | ☐ Phlébologie |
| ☐ Autre (précisez) : | |

☐ **Option 1 : Le retrait** au Centre Médical et Dentaire Paris Vaugirard. Merci de me contacter au une fois la copie du dossier prête.

☐ **Option 2 : L'envoi** en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante (si différente de l'adresse citée au-dessus) :

Date de la demande :

Signature :



A CONSERVER

DEMANDE D'UNE COPIE DE DOSSIER MÉDICAL

1. Compléter le formulaire ci-contre

2. Joindre la photocopie des documents suivants :

- Carte Nationale d'Identité (recto/verso), passeport ou titre de séjour,
- Justificatif de l'autorité parentale (Livret de famille, jugement ou arrêt rendu, déclaration conjointe) s'il s'agit du dossier d'un mineur

→ Où adresser ces documents ?

Centre Médical et Dentaire Paris Vaugirard
Groupe MGEN
Madame Cécile TATARD
178, rue de Vaugirard
75015 PARIS

3. Une fois la copie de votre dossier prête, nous vous la remettons selon l'option choisie

→ *Le délai d'obtention est variable et dépend principalement du nombre de demandes en cours.*

✱ **Le retrait** : Lorsque vous aurez été informé par téléphone de la mise à disposition de la copie de votre dossier, présentez-vous au centre de santé, muni de votre pièce d'identité :

Bâtiment D au niveau 2
Au Secrétariat

Horaires :
Du Lundi au Vendredi de 8h à 18h30

✱ **L'envoi** : La copie du dossier vous sera adressée par lettre recommandée avec accusé de réception.