

Résiliation de l'adhésion à « Mon Dossier Santé » pour les institutions

1. Coordonnées de l'institution¹

Nom de l'institution * : _____

Adresse * : _____

Raison sociale * : _____

N° GLN organisationnel * : _____

N° OID * : _____

2. Cause(s) de résiliation

Pour quelle(s) raison(s) souhaitez-vous quitter la CR DEP NE ?

- Nous ne souhaitons plus du tout accéder au DEP

Préciser la cause : _____

- Nous souhaitons changer de communauté de référence (Note : la résiliation de l'adhésion n'est pas nécessaire, vous pouvez être affilié à plusieurs communautés de référence)

Préciser la cause : _____

- Autre : _____

3. Rappel des conséquences d'une résiliation de l'adhésion à « Mon Dossier Santé »

Conformément aux statuts de la CR DEP NE, cette demande de résiliation doit être adressée à la CR DEP NE au minimum 6 mois avant la fin de l'année civile. La résiliation de l'adhésion intervient à la fin de l'année civile.

¹ Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires

Dans le cas où vous accédez actuellement au DEP via un système primaire (intégration forte), merci de prendre contact avec votre éditeur pour la suppression de cette fonctionnalité. La CR DEP NE est uniquement responsable de la suppression des accès à sa plateforme, la responsabilité relative au système primaire utilisé vous incombe.

Il est important de noter que la désaffiliation de votre institution auprès de la CR DEP NE entraîne obligatoirement :

- La perte de l'accès au DEP pour tous les groupes, professionnels et auxiliaires de votre institution, pour autant qu'ils ne soient pas employés par une autre institution ou qu'ils ne pratiquent pas à titre indépendant (p. ex. cabinet médical)
- Le maintien du secret médical ainsi que de l'obligation de constituer et conserver un dossier de patient au-delà de la relation contractuelle (cf. Loi de Santé neuchâteloise)
- L'application des conditions de sortie définies dans les CGU, notamment en matière de cotisations versées
- L'envoi par la CR DEP NE, une fois ce document retourné et signé par vos soins, d'une confirmation de désaffiliation
- L'obligation de conservation des données concernant le dossier électronique du patient, afin que celles-ci restent accessibles si vous ne vous affiliez à aucune nouvelle communauté, conformément au ch. 1.2.3, let. b de l'annexe 2 ODEP-DFI

4. Signature(s)

Par notre signature, l'institution susmentionnée, ainsi que les groupes, les professionnels et les auxiliaires de la santé qui y sont rattachés, sera désaffiliée de la CR DEP NE, ce qui implique la suppression totale de leurs accès à « Mon Dossier Santé ». De plus, nous avons pris connaissance des conséquences d'une désaffiliation et nous engageons à les respecter.

Signataire 1 pouvant engager légalement l'institution :

Prénom, Nom* : _____

Fonction* : _____

Lieu et date* : _____ Signature* : _____

Signataire 2 pouvant engager légalement l'institution (facultatif) :

Prénom, Nom * : _____

Fonction * : _____

Lieu et date * : _____ Signature * : _____

Les données personnelles contenues dans ce document sont collectées uniquement afin de garantir une suppression correcte et rapide de l'accès de votre institution à « Mon Dossier Santé ». Ces données sont strictement limitées à l'usage de la CR DEP NE et stockées dans un fichier protégé, dont le maître de fichier est le responsable de la protection des données (DPO) de la CR DEP NE.