

Résiliation de l'adhésion à « Mon Dossier Santé » pour les professionnels et leurs auxiliaires**1. Coordonnées du professionnel de la santé responsable¹**

Nom * : _____ Prénom * : _____

N° GLN * : _____ Sexe * : M F

E-mail * : _____ Tél. * : _____

Fonction * : _____

Spécialisation * : _____

2. Coordonnées du cabinet médical / institution¹

Nom de l'institution * : _____

Adresse * : _____

N° GLN organisationnel (si connu) * : _____

N° OID * : _____

3. Coordonnées du / des auxiliaire(s) de santé rattaché(s) au responsable**Auxiliaire 1 (si existant) :**

Nom : _____ Prénom : _____

E-mail (individuel) : _____ Tél. : _____

Date de naissance : _____ Sexe * : M F

N° GLN : _____

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

Auxiliaire 2 (si existant) :

Nom : _____ Prénom : _____

E-mail (individuel) : _____ Tél. : _____

Date de naissance : _____ Sexe * : M F

N° GLN : _____

4. Cause(s) de résiliation

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

 Je ne souhaite plus du tout accéder au DEP

Préciser la cause : _____

 Je souhaite changer de communauté de référence (NB : la résiliation de l'adhésion n'est pas nécessaire, vous pouvez être affilié à plusieurs communautés de référence)

Préciser la cause : _____

 Autre : _____**5. Rappel des conséquences d'une résiliation de l'adhésion à « Mon Dossier Santé »**

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 à l'adhésion intervient à la fin de l'année civile.

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 votre désaffiliation de la CR DEP NE entraîne obligatoirement :

- La perte de l'accès au DEP pour vous, ainsi que pour tous les auxiliaires sous votre responsabilité, 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

6. Dispositions finales

Par ma signature, moi, ainsi que les auxiliaires de santé qui me sont rattachés, seront désaffiliés de la CR DEP NE, ce qui implique la suppression totale de nos accès à Mon Dossier Santé. De plus, j'ai pris connaissance des conséquences d'une désaffiliation et m'engage à les respecter.

Lieu et date : _____

Signature du responsable : _____

Les données personnelles contenues dans ce document sont collectées uniquement afin de garantir une suppression correcte et rapide de votre accès 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.