



Formulaire C - Autorisation de Divulguer des Informations

Nous nous engageons à protéger la confidentialité de vos informations.
Veuillez lire attentivement ce formulaire.

Quel(s) bureau(x) devrait vous aider ?

<input checked="" type="checkbox"/> Bureau de MaineCare Services	<input type="checkbox"/> Bureau de la Santé Comportementale
<input checked="" type="checkbox"/> Équipe du Bureau pour l'Indépendance Familiale et la Révision Médicale	<input type="checkbox"/> Bureau des Services à l'Enfance et à la Famille
<input checked="" type="checkbox"/> Centre du Maine pour le Contrôle et la Prévention des Maladies	<input type="checkbox"/> Bureau des Services aux Personnes âgées et Handicapées
<input type="checkbox"/> Dorothea Dix Psychiatric Center	<input type="checkbox"/> Bureau des Audiences administratives
<input type="checkbox"/> Centre Psychiatrique Riverview	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Division des Licences et de la Certification	<input type="checkbox"/> Autre :

Quelles informations seront divulguées ? Veuillez écrire lisiblement.

Nom	Date de Naissance		
Adresse de Domicile	Ville/Commune	Etat	Code Postal
Téléphone			
Adresse Email			

Souhaitez-vous que nous vous envoyions un e-mail ?

L'utilisation du courriel comporte des risques. Bien que des mesures de sécurité soient en place, le bureau qui partage l'information ne peut pas toujours contrôler ces risques. Il est possible que les informations envoyées par e-mail puissent être lues par un tiers.

En paraphant, je donne la permission de m'envoyer un e-mail, et j'accepte les risques associés à l'utilisation de l'email.

INITIALES ICI _____

À qui pouvons-nous parler ?

J'autorise les bureaux énumérés ci-dessus à partager des informations me concernant entre eux et à partager mes informations avec les personnes énumérées ci-dessous. Nous pouvons discuter de ces informations électroniquement et verbalement.

- *Change Health Care*, l'entreprise qui paie les médicaments ; *Medical Care Development*, l'entreprise qui émet le paiement pour l'assistance financière ; *Centers for Medicare and Medicaid Services*
- Ma pharmacie : _____
- Ma compagnie d'assurance : _____
- Le cabinet de mon médecin ou de mon fournisseur de soins de santé : _____
- Mon agence de gestion de cas : _____
- Mon ami ou membre de la famille : (Facultatif. Veuillez compléter les informations ci-dessous.)

Nom	Téléphone	Email
-----	-----------	-------

Quel est l'objectif de cette divulgation ?

<input type="checkbox"/> Demande personnelle	<input checked="" type="checkbox"/> Cordonner ou gérer les soins
<input type="checkbox"/> Pour une question juridique, y compris le témoignage	<input checked="" type="checkbox"/> Pour voir si je suis éligible à une couverture d'assurance, une assurance ou des avantages
<input type="checkbox"/> Autre :	

Quelles informations doivent être divulguées ou obtenues ? Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent.

Autorisation générale : <input type="checkbox"/> Toutes les informations de santé du ou des bureaux vérifiés ci-dessus <input type="checkbox"/> Réclamations ou données de rencontre (informations sur les visites chez les fournisseurs de soins de santé) <input type="checkbox"/> Facturation, paiement, revenu, banque, impôt, actif ou données nécessaires pour déterminer si vous êtes admissible aux avantages du programme DHHS <input type="checkbox"/> Limite aux dates ou types d'information suivants : (par exemple « Test en laboratoire daté du 2 juin 2019 » ou « Réclamations de 2018-2020 ») <input checked="" type="checkbox"/> Autre : <i>Informations relatives à ma santé, aux réclamations et aux rencontres. Informations relatives à mes soins.</i>	Autorisation spéciale : Traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme ou orientation vers des services spécialisés <input type="checkbox"/> Inclure toutes les informations sur les médicaments/l'alcool dans la version <input type="checkbox"/> Inclure uniquement les dossiers spécifiques contrôlés sur les médicaments/l'alcool : <input type="checkbox"/> Diagnostic et traitement <input type="checkbox"/> Notes cliniques et résumés de sortie <input type="checkbox"/> Historique ou résumé des drogues/de l'alcool <input type="checkbox"/> Informations de paiement ou de réclamation <input type="checkbox"/> Situation de vie et soutiens sociaux <input type="checkbox"/> Médicaments, dosages ou fournitures <input type="checkbox"/> Résultats du laboratoire <input type="checkbox"/> Autre :
Autorisation spéciale : Services de Santé Mentale/Comportementale <input type="checkbox"/> Inclure cette information dans la version <input type="checkbox"/> Je veux revoir mon dossier de santé mentale/santé comportementale avant la libération. Je comprends que l'examen sera supervisé. La loi du Maine nous autorise à partager ces informations avec d'autres prestataires de soins de santé et régimes d'assurance maladie afin de coordonner et de gérer vos soins (pour vous aider à prendre soin de vous), à condition que nous fassions tout notre possible pour vous informer de cette divulgation.	Autorisation spéciale : Statut VIH/SIDA/Résultats des tests <input checked="" type="checkbox"/> Inclure cette information dans la version. La loi du Maine nous oblige à vous informer des conséquences possibles de la divulgation d'informations relatives au VIH/SIDA. Par exemple, vous pourriez bénéficier de soins plus complets si vous divulguez ces informations, mais vous pourriez être victime de discrimination si elles sont utilisées à mauvais escient. Vos informations relatives au VIH/SIDA, ainsi que toutes vos données, seront protégées conformément à la loi.

Je comprends et j'accepte que :

- Je signe ce formulaire de mon plein gré. J'ai le droit d'obtenir une copie signée de ce formulaire si je le demande.
- Mon traitement, le paiement des services ou les prestations ne dépendront pas de ma signature de ce formulaire, sauf si je demande ou divulgue des informations afin de bénéficier de prestations.
- Les « informations » peuvent être sous forme écrite, orale et/ou électronique, et comprennent les informations me concernant provenant d'autres prestataires de soins de santé (tels que médecins, hôpitaux et conseillers) qui figurent dans mon dossier. Ma signature autorise les personnes/services mentionnés au verso à discuter de mes informations aux fins indiquées dans ce formulaire.
- Mes informations resteront confidentielles, conformément à la loi. Si je choisis de partager mes informations avec des tiers qui ne sont pas tenus par la loi de les garder confidentielles, elles pourraient ne plus être protégées par les lois fédérales sur la confidentialité.
- Si des dossiers de traitement ou de programme pour l'alcoolisme ou la toxicomanie (trouble de consommation de substances) sont inclus dans ce communiqué, un avis sera joint aux dossiers indiquant que les informations ne peuvent pas être republiées ou partagées sans ma permission écrite.
- Je peux révoquer (reprendre) mon autorisation de divulguer mes informations en remplissant le formulaire de révocation trouvé à <http://maine.gov/dhhs/privacy/index.shtml> et en l'envoyant au bureau qui a partagé mes informations. Le formulaire de révocation ne prend effet qu'après réception et ne s'applique pas aux informations qui ont déjà été partagées.
- Si je retire mon autorisation ou refuse de divulguer tout ou partie de mes informations, mon choix pourrait entraîner un diagnostic ou un traitement inapproprié, voire un refus d'assurance.
- Ce formulaire expire **un an** après la date indiquée ci-dessous, sauf si j'inscris ici une date antérieure : _____
- Ce formulaire autorise des publications supplémentaires jusqu'à son expiration.

Date : _____ **Signature :** _____

Pouvoir de signature du représentant personnel : _____