

**SMILE NEW YORK OUTREACH, LLC\***

37-30 Review Ave., Suite 102, Long Island City, NY 11101 Phone: 855-469-7473 Fax: 888-330-4331

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE	RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT/TUTEUR
<p><b>Nom de famille de l'élève :</b> _____</p> <p><b>Prénom de l'élève :</b> _____</p> <p><b>Date de naissance :</b> _____ / _____ / _____  <small>Mois Jour Année</small></p> <p><b>École :</b> _____ <b>Grade :</b> _____</p> <p><b>Nom de l'enseignant(e) :</b> _____</p> <p><b>Numéro de sécurité sociale de l'élève :</b> _____  <small>(facultatif, mais utile)</small></p> <p><b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin</p> <p><b>Appartenance ethnique :</b> <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> De peau noire  <input type="checkbox"/> De peau blanche <input type="checkbox"/> Amérindien  <input type="checkbox"/> Asiatique/Originaire des îles de l'océan Pacifique <input type="checkbox"/> Autre _____</p> <p><b>Adresse de l'élève :</b> _____  <small>Ville État Code postal</small></p> <p><b>QUESTION IMPORTANTE D'ORDRE MÉDICAL</b>  <b>Est-ce que votre enfant a des conditions médicales qui risquent de compliquer l'administration d'un traitement dentaire ? Il peut s'agir de problèmes de cœur ou de respiration, d'épilepsies, d'allergies, de saignements, de maladies transmissibles, de déficits immunitaires, etc. Si Oui, expliquez. SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON, NE RENSEIGNEZ PAS CETTE RUBRIQUE.</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Mère</b>  Nom de famille : _____ Prénom : _____</p> <p><b>Père</b>  Nom de famille : _____ Prénom : _____</p> <p><b>Tuteur légal, le cas échéant</b>  Nom de famille : _____ Prénom : _____</p> <p>Lien du tuteur légal avec l'élève  <input type="checkbox"/> Grand-mère/père <input type="checkbox"/> Tante ou oncle <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><b>Coordonnées du parent ou tuteur</b>  Tél. domicile : _____ Tél. professionnel : _____  Tél. portable : _____  Email : _____</p> <p><b>Coordonnées d'autres personnes à contacter en cas d'urgence</b>  Nom : _____  Lien avec l'élève : _____  Tél. domicile : _____ Tél. professionnel : _____  Tél. portable : _____  Email : _____</p>

**INFORMATIONS SUR LA COUVERTURE DES SOINS DENTAIRES**

<p><b>Est-ce que votre enfant est bénéficiaire de Medicaid ?</b>  <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : Numéro de bénéficiaire Medicaid (ID #) _____</p> <p><b>Est-ce que votre enfant est bénéficiaire de Child Health Plus ?</b>  <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : Numéro de couverture CHP _____</p> <p><b>Sous quel plan ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Affinity <input type="checkbox"/> Fidelis  <input type="checkbox"/> Healthfirst <input type="checkbox"/> Health Plus Amerigroup  <input type="checkbox"/> HIP <input type="checkbox"/> MetroPlus  <input type="checkbox"/> WellCare <input type="checkbox"/> United Healthcare  <input type="checkbox"/> MVP <input type="checkbox"/> Empire BlueCross BlueShield  <input type="checkbox"/> Autre : _____</p>	<p><b>Est-ce que votre enfant est bénéficiaire de l'assurance maladie offerte par l'intermédiaire de votre employeur ou d'un autre type de couverture des frais médicaux ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, nom de la couverture santé (Health Plan) : _____</p> <p>Numéro d'assuré (ID Member) ou Numéro de sécurité sociale : _____</p> <p>Tél. de la compagnie d'assurance qui couvre les soins de santé : _____</p> <p>Nom de l'adulte assuré : _____</p> <p>Date de naissance de l'adulte assuré : _____</p> <p><b>Si votre enfant n'a pas d'assurance santé, voudriez-vous qu'un spécialiste accrédité par le Health Marketplace (plateforme gouvernementale d'informations sur les différentes assurances maladie) de l'État de New York vous contacte directement pour vous aider à faire les démarches d'adhésion à une assurance santé ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Quel est le meilleur moment (heures) pour vous joindre ? _____</p>
---	---

**AUTORISATION PARENTALE DE SOINS DE SANTÉ ACCORDÉE AUX CABINETS IMPLANTÉS DANS L'ÉCOLE**

J'ai lu et compris quels étaient les soins listés sur la page suivante (soins prodigués par le cabinet bucco-dentaire de l'école), et en signant, j'autorise le cabinet bucco-dentaire de l'école, affilié à Smile New York Outreach, LLC, de prodiguer des soins bucco-dentaires de à mon enfant tout au long de sa scolarité à l'école. Je peux retirer mon autorisation à tout moment en adressant une notification écrite à Smile New York Outreach, LLC. J'ai lu la QUESTION IMPORTANTE SUR LA SANTÉ ci-dessus mentionnée et je signalerai au 855-481-8638 tous changements significatifs dans l'état de santé de mon enfant. Il se peut que nous vous ferions parvenir des messages texto sur le programme bucco-dentaire de l'école. Les envois seraient soumis aux tarifs applicables de transmission de données et de messages par votre fournisseur de connexion sans fil. Pour discontinuer les envois, prière de répondre "STOP" à l'un des messages que vous aurez reçus. Vous admettez également accepter de recevoir des appels téléphoniques préenregistrés ou automatiques relatifs au programme de santé bucco-dentaire de l'école aux numéros du téléphone fixe ou du portable indiqués dans ce formulaire d'autorisation. NOTE : L'école, l'autorisation parentale n'est pas requise pour les élèves de plus de 18 ans, pour ceux qui ont au moins un enfant eux-mêmes ou qu'on considère légalement émancipés. Ma signature atteste que j'ai reçu une copie de la Déclaration de Confidentialité des pratiques (Notice of Privacy Practices).

X \_\_\_\_\_  
**Signature du parent/tuteur** (ou de l'élève si âgé de plus de 18 ans ou légalement autorisé à signer pour une autre raison) \_\_\_\_\_  
**Date**

**AUTORISATION DES PARENTS À DIVULGUER DES INFORMATIONS MÉDICALES CONFORMÉMENT À LA LOI HIPAA**

J'ai lu et j'ai compris le texte sur la divulgation d'informations médicales en page 2 de ce formulaire. Ma signature indique mon consentement pour la divulgation des informations liées à la santé comme spécifié.

X \_\_\_\_\_  
**Signature du parent/tuteur** (ou de l'élève si âgé de plus de 18 ans ou légalement autorisé à signer pour une autre raison) \_\_\_\_\_  
**Date**

**MERCI DE BIEN LIRE LES DEUX CÔTÉS DE CE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

**Programme du Département de l'Éducation de NYC relatif aux cabinets bucco-dentaires**

**Formulaire scolaire d'autorisation parentale**

**SMILE NEW YORK OUTREACH, LLC\***

37-30 Review Ave., Suite 102, Long Island City, NY 11101

Téléphone : 855-469-7473 Fax : 888-330-4331

**SOINS OFFERTS PAR LES CABINETS BUCCO-DENTAIRES SCOLAIRES**

J'autorise les professionnels de santé de Smile New York Outreach, LLC, titulaires de l'autorisation d'exercer délivrée par l'État, à prodiguer des soins bucco-dentaires à mon enfant, tout au long de sa scolarité, dans le cadre du programme de santé buccale accrédité par le Département de la Santé de l'État de New York. Je peux retirer mon autorisation à tout moment en adressant une notification écrite à Smile New York Outreach, LLC. Je comprends que, conformément à la Loi, le prestataire des soins bucco-dentaires (le dentiste ou un autre spécialiste) est tenu au secret médical garantissant la confidentialité de certaines procédures spécifiques entre l'élève et lui. J'ai aussi compris qu'on encouragera les élèves à solliciter l'intervention de leurs parents ou tuteurs lors des consultations, conseils et choix de soins bucco-dentaires. Les prestations du cabinet bucco-dentaire peuvent inclure, entre autres, la prévention des problèmes de santé bucco-dentaire, la restauration dentaire et les soins d'urgence. La prévention des problèmes de santé bucco-dentaire comprend, entre autres, des examens dentaires complets aux soins d'hygiène dentaire en passant par les radiographies, l'application de ciments dentaires et les traitements au fluor. Il peut s'agir également du traitement au fluorure diamine d'argent (Silver Diamine Fluoride) sur l'arrière des dents pour ralentir la progression des cavités (L'utilisation du fluorure diamine d'argent peut mener à une décoloration des cavités qui prennent une couleur marron ou noire). Pour des services autres que ceux des examens dentaires complets et de prévention des problèmes de santé bucco-dentaire, Smile New York Outreach, LLC notifiera le parent/tuteur sur les services et traitements à prodiguer, y compris, entre autres, les plombages, les extractions et l'utilisation d'anesthésiques ou d'autres médicaments. Si le parent/tuteur ne donne pas son autorisation, ces services ne seront pas fournis.

**FICHE D'INFORMATION SUR L'AUTORISATION PARENTALE DE DIVULGATION D'INFORMATIONS RELATIVES À LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE  
DU DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION DE LA VILLE DE NEW YORK**

**AUTORISATION DES PARENTS À DIVULGUER DES INFORMATIONS RELATIVES À LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE CONFORMÉMENT À LA LOI HIPAA**

En signant au dos de ce formulaire, j'autorise la divulgation d'informations relatives à la santé bucco-dentaire. La divulgation de ces données n'est possible que dans les limites du respect des lois fédérales et de l'État sur la protection de la vie privée.

En signant cette autorisation, je consens à la divulgation des informations sur l'état de santé bucco-dentaire au Conseil de l'Éducation de la Ville de New York (dit Département de l'Éducation de la Ville de New York), ainsi qu'aux infirmiers et administrateurs scolaires, que ce soit conformément aux lois ou aux dispositions réglementaires du Chancelier ou parce que c'est nécessaire pour protéger la santé et la sécurité de l'élève. À ma demande, le service ou la personne communiquant ces informations sur la santé bucco-dentaire, doit me fournir un exemplaire de ce formulaire. La loi exige des parents de fournir certaines informations à l'école, notamment la preuve que l'élève a été vacciné. Ne pas fournir cette information peut entraîner l'exclusion de l'élève de l'école.

On a répondu aux questions que j'ai posées sur ce formulaire. J'ai compris que rien ne m'oblige à autoriser la divulgation des informations relatives à la santé bucco-dentaire de mon enfant, que je peux changer d'avis à tout moment et retirer mon consentement en le faisant savoir, par écrit, au cabinet de soins bucco-dentaires de l'établissement scolaire. Cependant, si le retrait de l'autorisation survient après la divulgation des informations, il ne peut être rétroactif et ne concerne, par conséquent, pas les données déjà diffusées.

J'autorise le cabinet bucco-dentaire, Smile New York Outreach, LLC, de l'école, à transmettre, au Conseil de l'Éducation (dit Département de l'Éducation) de la Ville de New York des informations spécifiques relatives à la santé bucco-dentaire de l'élève dont le nom figure au dos.

J'autorise l'échange, entre le cabinet bucco-dentaire de l'établissement scolaire et le Département de l'Éducation de la Ville de New York, des informations relatives à la santé bucco-dentaire de mon enfant décrites ci-dessous, afin de se conformer aux prescriptions légales et réglementaires et de s'assurer que son établissement scolaire a les données nécessaires pour protéger sa santé et sécurité. Je comprends que conformément aux lois fédérales et de l'État, ainsi qu'aux dispositions réglementaires du Chancelier sur la protection du secret des données, ces informations resteront confidentielles :

Informations visant à protéger la santé et la sécurité de l'élève :

- Problèmes de santé pouvant nécessiter des soins d'urgence
- Problèmes de santé qui limitent l'activité quotidienne de l'élève (formulaire 103S)
- Détection de certaines maladies transmissibles (hormis le VIH, les infections sexuellement transmissibles et autres procédures couvertes par des règles légales de confidentialité).
- Couverture assurance santé

En signant la page 1 de ce formulaire, j'autorise aussi Smile New York Outreach, LLC à contacter d'autres prestataires qui ont examiné mon enfant, et à se renseigner sur l'assurance qui couvre les frais afférents aux soins.

Période durant laquelle la divulgation des informations est autorisée :

De : Date de signature du formulaire ci-contre

À : Date de fin d'inscription de l'élève au programme de soins du cabinet bucco-dentaire de l'école

\*OHCP = Oral Health Clinic Provider/Prestataire de soins (dentiste, spécialiste etc.) du cabinet bucco-dentaire

## **Déclaration des Droits du patient**

### **En tant que patient du programme Smile New York Outreach, vous avez les droits suivants :**

1. Comprendre ces droits et y avoir recours. Si pour une raison ou une autre vous ne comprenez pas ou si vous avez besoin d'aide, le Centre doit fournir de l'assistance, notamment de l'interprétation.
2. Recevoir des services sans tenir compte de l'âge, de la race, couleur de peau, religion, du statut matrimonial, sexe, de la nationalité d'origine ou de la source de paiement.
3. Être traité avec considération, respect et dignité, y compris avec respect de la vie privée.
4. Être informé sur les services disponibles au centre.
5. Être informé sur les clauses relatives à la couverture des soins bucco-dentaires d'urgences en dehors des heures normales.
6. Être informé sur les frais de services, le droit aux remboursements par des tiers et, le cas échéant, la possibilité de prestation de soins gratuits ou à des tarifs réduits.
7. Recevoir, sur demande, un exemplaire détaillé de l'état de leur compte.
8. Recevoir de la part de son prestataire des soins de santé ou de ses délégués, les données actuelles et complètes concernant leurs diagnostic, traitement et pronostics dans un langage que le patient peut raisonnablement comprendre.
9. Recevoir de la part de son dentiste l'information nécessaire pour donner son consentement en toute connaissance de cause avant le début de toute procédure non urgente ou de tout traitement ou les deux. Un consentement en toute connaissance de cause doit inclure, comme minimum, la clause d'information concernant une procédure ou traitement spécifique ou les deux, les risques impliqués et les alternatives pour les soins ou le traitement, le cas échéant.
10. Refuser le traitement, dans la mesure où la loi l'autorise et être pleinement informé des conséquences médicales de son refus.
11. Refuser de participer à des recherches expérimentales.
12. Exprimer des plaintes sur les soins et services dispensés, sachant que le centre entreprendra des enquêtes sur de telles plaintes, sans aucune crainte de représailles. Le patient peut porter plainte, oralement, ou par écrit auprès de l'administrateur. Le centre est responsable pour fournir au patient ou à son représentant une réponse écrite dans les 30 jours si le patient en fait la demande, indiquant les résultats de l'enquête. Le centre est également responsable pour faire savoir au patient ou son représentant que si le patient n'était pas satisfait de la réponse du centre, le patient peut porter plainte auprès du Bureau de la gestion des systèmes de la santé du Département de la Santé de l'État de New York, en composant le 1-800-804-5447.
13. Préservation de la vie privée et confidentialité de toutes les informations relatives au traitement reçu par le patient.
14. Accepter ou refuser la transmission des données contenues dans son dossier de soins bucco dentaires à tout prestataire de soins médicaux ou services de soins de la santé sauf si requis par la loi ou par un contrat de paiement par un tiers.

## À CONSERVER POUR VOS ARCHIVES

ELLIOT P. SCHLANG, DDS - DENTISTE GÉNÉRALISTE, DIRECTEUR DES SERVICES BUCCO-DENTAIRES

Angelina Adames, DDS, Jungmin Cho, DMD, Jennifer Corredor, DDS, Sylvia Cuellar, DDS, Joseph D'Ambrosio, DMD, Jason Davis, DDS, Christopher Dillon, DDS, Andrew Fradkin, DDS, Margaret Garland, DDS, Renee Gaska, DMD, Jeffrey Gershon, DMD, Daria Grillo, DDS, Barry Hecht, DMD, Deborah Kahn, DMD, Sahar Kamkar, DMD, Aditi Kapoor, DMD, Uzma Khan, DDS, Jeffrey Krantz, DDS, Stephen Marshall, DDS, Deena Pegler, DMD, Alan Poritzky, DDS, Melissa Rodgers, DMD, Deniz Salerno, DDS, Elliot Schlang, DDS, Karim Shehadeh, DDS, Jeffrey Tenenbaum, DDS, Nancy Yu, DDS

**DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ DES PRATIQUES  
CETTE DÉCLARATION DÉCRIT COMMENT ON POURRAIT UTILISER ET TRANSMETTRE DES DONNÉES MÉDICALES QUI VOUS CONCERNENT ET COMMENT VOUS POURREZ AVOIR ACCÈS À CES DONNÉES. VEUILLEZ LA LIRE ATTENTIVEMENT. CONSERVEZ-LA POUR VOS ARCHIVES.**

### NOTRE RESPONSABILITÉ AUX YEUX DE LA LOI

La confidentialité de vos informations médicales est importante pour nous. Nous avons l'obligation aux yeux de la loi fédérale et celle de l'État de maintenir la confidentialité de vos informations médicales. Nous sommes également tenus de vous donner cette déclaration sur nos pratiques concernant la confidentialité, nos responsabilités aux yeux de la loi et vos droits concernant vos informations d'ordre médical. Nous devons suivre nos pratiques sur la confidentialité qui sont décrites dans cette déclaration tant qu'elles sont en vigueur. Nous vous préviendrons de toute défaillance à la confidentialité de vos informations médicales non sécurisées.

Nous nous réservons le droit de modifier nos pratiques sur la confidentialité et les termes de cette déclaration à tout moment, dans la mesure où ces modifications sont autorisées par les lois applicables. Nous nous réservons le droit de modifier nos pratiques sur la confidentialité et les nouveaux termes de notre déclaration en vigueur pour toutes les informations médicales que nous conservons, y compris les informations médicales que nous aurions créées ou que nous aurions reçues avant les modifications. Avant de modifier de façon significative nos pratiques de confidentialité, nous modifierons cette déclaration et nous mettrons la nouvelle déclaration à la disposition des patients sur demande.

Vous pouvez demander une copie de notre déclaration à tout moment. Pour en savoir plus sur nos pratiques de confidentialité, ou pour obtenir d'autres copies de cette déclaration, merci de nous contacter en vous servant des informations listées à la fin de cette déclaration.

### UTILISATION ET TRANSMISSION DES INFORMATIONS MÉDICALES

**Nous utilisons et transmettons les informations médicales vous concernant pour le traitement, paiement et les opérations de soins de la santé. Par exemple :**

**Traitement :** Nous pouvons transmettre vos informations médicales à un médecin, un(e) infirmier ou infirmière scolaire ou autre prestataire qui vous dispense des soins médicaux.

**Paiement :** Nous pouvons transmettre vos informations médicales pour recevoir le paiement pour les services que nous vous avons dispensés.

**Opérations de soins de la santé :** Nous pourrions utiliser et transmettre vos informations d'ordre médical en rapport avec la conduite de nos opérations telles que l'examen des compétences ou qualifications des professionnels de la santé et l'évaluation de la performance des praticiens et des prestataires de soins de la santé.

**Votre autorisation :** Les utilisations ou transmissions des données, qui ne seraient pas décrites dans cette déclaration, ne seront entreprises qu'avec votre autorisation écrite. En outre, nous devons obtenir votre autorisation écrite pour vendre vos informations médicales ou pour les utiliser ou les transmettre pour des objectifs de marketing de biens ou de services dont vous êtes la cible, si nous sommes rémunérés pour la transmission. Si vous nous donnez votre autorisation, vous pouvez l'annuler à tout moment en le faisant par écrit. L'annulation de votre autorisation n'aura pas d'effet sur toute utilisation ou transmission approuvées par votre autorisation au moment où celle-ci était en vigueur. À moins que ce soit par votre autorisation écrite, nous ne pouvons utiliser ou transmettre vos informations d'ordre médical pour une raison ou une autre à part celles décrites dans cette déclaration.

**À votre famille et à vos amis et aux personnes impliquées dans les soins qui vous sont dispensés :** Nous pourrions transmettre vos informations médicales à un membre de la famille, ami ou toute autre personne impliquée dans les soins qui vous sont dispensés dans la mesure où il est nécessaire de le faire pour aider à vous dispenser les soins de la santé ou à les payer. Nous pourrions également transmettre vos informations médicales aux organisations secourables en cas de catastrophes pour les aider à localiser des personnes pendant les catastrophes. Nous pourrions également utiliser ou transmettre vos informations médicales pour notifier ou aider à la notification d'un membre de votre famille, une personne qui vous représente ou une personne responsable des soins qui vous sont dispensés, sur l'endroit où vous vous trouvez, votre état général ou votre décès. Si vous ne voulez pas que nous transmettions vos informations médicales à des membres de votre famille ou à d'autres personnes, en telles circonstances, veuillez en informer notre responsable HIPAA au 888-833-8441.

**Requis par la loi :** Nous pourrions utiliser ou transmettre vos informations d'ordre médical chaque fois que la loi l'exige.

**Sécurité publique :** Nous pourrions être dans l'obligation de transmettre des informations médicales aux représentants des forces de l'ordre, notamment en cas de réponse à un mandat de perquisition ou une citation à comparaître devant un grand jury ou pour assister des représentants des forces de l'ordre pour identifier ou retrouver une personne, pour signaler des décès qui pourraient avoir pour cause une conduite criminelle ainsi que pour signaler une conduite criminelle qui aurait lieu dans nos locaux.

**Maltraitance ou négligence :** Nous pourrions transmettre vos informations médicales aux autorités compétentes si nous pensons raisonnablement que vous êtes une victime éventuelle de maltraitance, négligence ou de violence domestique ou que vous êtes une victime éventuelle d'autres actes illégaux (identifiés comme « crimes » par la loi). Nous pourrions transmettre vos informations médicales dans la mesure où c'est nécessaire pour éviter une grave menace à votre santé ou à votre sécurité ou à la santé ou à la sécurité d'autres personnes.

**Sécurité nationale :** Nous pourrions transmettre vos informations médicales aux autorités militaires des forces armées ou au personnel d'une armée à l'étranger dans certaines circonstances ; aux responsables fédéraux autorisés pour des services de renseignements, de contre-espionnage ou de toutes autres activités légitimes de sécurité nationale, pour protéger le président ; ainsi qu'à toute maison de correction ou à tout représentant des forces de l'ordre ayant la garde légale d'un prisonnier ou d'un patient dans certaines circonstances.

**Rappels de rendez-vous :** Nous pourrions utiliser ou transmettre vos informations médicales pour vous rappeler des rendez-vous (par messages vocaux, cartes postales, lettres, emails ou texto).

**Activités de contrôle lié à la santé :** Nous pourrions transmettre des informations médicales à une agence de contrôle de la santé pour des activités autorisées par la loi. Ces activités de contrôle incluent, par exemple, des audits, enquêtes, inspections et enquêtes sur les autorisations d'exercer. Ces activités sont nécessaires pour le gouvernement pour surveiller le système de soins de santé, les épidémies, les programmes gouvernementaux, la conformité aux lois régissant les droits civils et pour améliorer l'état des patients.

**Procès et litiges :** Nous pourrions transmettre des informations médicales vous concernant en réponse à une décision de justice ou à une décision administrative. Nous pourrions également transmettre des informations médicales vous concernant en réponse à une citation à comparaître, demande de divulgation ou autre procédure légitime.

**Autres formes d'utilisation et de transmission.** Dans les cas où la loi l'autorise ou l'exige, nous pourrions utiliser ou transmettre vos informations médicales à des fins de recherche ; aux organisations responsables de la gestion ou du contrôle des dons ou des greffes d'organes ; à des fins d'indemnisation pour accident de travail ou de programmes similaires pour se conformer aux lois relatives à l'indemnisation pour accident de travail ou autres programmes similaires qui attribuent des prestations pour blessures ou maladies liées au travail ; pour des activités de santé publique, notamment la prévention ou le contrôle des maladies, de blessures ou de handicaps ; pour signaler les réactions à des médicaments ou des problèmes causés par des produits ; pour notifier les gens sur le retrait du marché de produits qu'ils seraient susceptibles d'utiliser ; pour avertir une personne qui serait exposée à, ou qui courrait le risque de contracter ou de propager une maladie ; aux médecins légistes pour identifier une personne décédée ou déterminer la cause de son décès ou aux entreprises de pompes funèbres pour le déroulement de leurs services.

### DROITS DES PATIENTS

**Accès :** Vous avez le droit de voir ou d'obtenir des copies de vos informations médicales, avec des exceptions limitées. Vous devez faire une demande par écrit pour obtenir l'accès à vos informations d'ordre médical et envoyer votre demande par fax au numéro indiqué au bas de cette déclaration.

**Récapitulatif des transmissions :** Vous avez le droit de recevoir une liste de certaines transmissions de vos informations médicales, effectuées par nous ou par nos associés. Si vous demandez ce récapitulatif plus d'une fois dans une période de 12 mois, nous pourrions exiger le paiement de frais raisonnables, basés sur le coût d'opérations requises pour la satisfaction des demandes supplémentaires.

**Restriction :** Vous avez le droit de demander que des restrictions soient imposées sur notre utilisation ou transmission de vos informations médicales. Nous ne sommes pas obligés d'accepter votre demande sauf si la transmission a pour destinataire votre couverture santé, vous (ou quelqu'un de votre part, en dehors de votre couverture santé) avez payé en totalité pour vos soins de santé, la transmission concerne le paiement ou les opérations de soins de santé et si la transmission n'est pas autrement exigée par la loi. Si nous acceptons la restriction, nous serons tenus toutefois de respecter cet accord (sauf en cas d'urgences).

**Communication alternative :** Vous avez le droit de demander par écrit que nous communiquions avec vous au sujet de vos informations d'ordre médical par des moyens alternatifs ou à des endroits alternatifs indiqués dans votre demande écrite.

**Amendement :** Vous avez le droit de demander que modifions vos informations médicales. Votre demande doit être faite par écrit et doit expliquer les motifs pour la modification de l'information. Nous pourrions refuser votre demande dans certaines circonstances.

**Notification électronique :** Si vous recevez cette notification sur notre site web ou par courrier électronique (e-mail), vous avez le droit de recevoir cette notification par écrit sur demande.

### QUESTIONS ET PLAINTES

Si vous voulez plus d'information sur nos pratiques concernant la confidentialité ou si vous avez moindre question ou préoccupation, veuillez nous contacter. Si vous craignez que nous ayons enfreint à vos droits à la confidentialité, vous pouvez vous plaindre à nous en vous servant des coordonnées listées à la fin de cette déclaration. Vous pouvez également porter plainte par écrit auprès du Ministère de la Santé et des aides sociales (U.S. Department of Health and Human Services). Nous n'agissons nullement en représailles d'aucune sorte si vous choisissez de porter plainte auprès du Ministère de la Santé et des aides sociales.

Responsable à contacter : Responsable HIPAA

Téléphone : 888-833-8441

Fax : 888-330-4331

email : hipaaofficer@smileprograms.com

Date d'entrée en vigueur : 1 août 2016