



La Red Health Center
505 West Market Street
Georgetown, DE 19947
P. (302) 855-1233
F. (302) 855-1020

AVIS DE CONFIDENTIALITE MEDICALE

Notice of Privacy Practices

CET AVIS DECRIS COMMENT VOTRE INFORMATION MEDICALE PEUT ETRE UTILISEE
OU DIFUSEE ET COMMENT PROCEDER POUR AVOIR ACCES A VOTRE DOSSIER.
VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT

Le Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 (HIPPA) est un programme qui requiert que toute information médicale ou information identifiable comme étant information de santé, utilisée par notre clinique sous forme électronique, manuscrite ou orale, soit confidentiellement manipulée. Cet Acte (HIPPA) donne de nouveaux droits au patient afin qu'il puisse prendre connaissance et contrôler son information médicale.

Comme requis par HIPPA, nous avons préparé ce feuillet pour vous expliquer comment nous sommes requis de maintenir votre information confidentielle et comment nous utilisons et diffusons cette information.

Nous pouvons utiliser et diffuser votre information médicale seulement aux fins de : traitement, paiement de bordereau ou de planification médicale.

- ✓ Traitement signifie pourvoir, coordonner, ou planifier le service médical et autre service nécessaire rendu par un ou plusieurs médecins. Un exemple serait un examen physique.
- ✓ Paiement inclus le remboursement pour service rendu, la vérification d'une assurance valide, l'envoi du bordereau ou la collection de la somme due, ainsi que la révision du dossier. Un exemple serait un appel à votre assurance pour vérifier que votre le service pourvu est couvert ou l'envoi du bordereau de votre visite a votre assurance pour paiement.
- ✓ Planification médicale est un aspect administratif de l'organisation, elle permet de conduire un teste de qualité des services rendus et aide à améliorer la qualité future du service médical, l'audit de fonctionnement, l'analyse du coût d'opération et du service à la clientèle. Un exemple serait une révision de la qualité interne d'opération de l'organisation.

Nous pouvons aussi créer et distribuer une information médicale ou toute possibilité d'identification a été annulée.

Nous pouvons vous contacter pour vous rappeler de votre visite médicale ou pour vous informer des traitements palliatifs ou des bénéfices médicaux à votre disposition.

Toute autre utilisation ou diffusion de votre dossier sera possible seulement si vous l'autoriser par écrit. Vous avez le droit de révoquer l'autorisation donnée par écrit et nous avons le devoir d'honorer et de respecter votre requête, exception faite des actions antérieures a votre décision.

Les droits suivants vous sont pourvus par l'acte de confidentialité médicale, vous pouvez faire valoir vos droits en présentant une requête écrite à votre pourvoyeur:

- ✓ Le droit de restreindre l'utilisation et la diffusion de certaines données confidentielles, incluant la diffusion de cette information aux membres de votre famille, autres personnes proches, amis, ou toutes autres personnes par vous identifiées. Nous ne sommes toutefois pas liés par votre requête de restriction informative. Si nous acceptons la restriction, nous sommes à ce moment liés par elle à moins que vous nous autorisiez par écrit à l'annuler.

- ✓ Le droit à des requêtes raisonnables de réception de communication médicale confidentielle de notre part à une location de votre choix.
- ✓ Le droit d'inspecter et de copier votre dossier.
- ✓ Le droit de corriger votre dossier.
- ✓ Le droit de recevoir un compte rendu de l'utilisation de votre dossier.
- ✓ Le droit de recevoir une copie imprimée de cet avis sur demande.

Nous sommes requis par la loi de maintenir votre information médicale confidentielle et devons vous donner notification de notre obligation légale de confidentialité à votre égard.

Vous avez le moyen d'agir si vous croyez que votre droit à la confidentialité a été violé. Vous avez le droit de soumettre une plainte écrite à notre bureau, ou au Département de la Santé Publique & des Services Humains. L'Office Des Droits Civiques. Notre ne prendrons aucune mesure punitive contre vous à cause de votre plainte.

Pour plus d'information au sujet de HIPPA ou pour soumettre une plainte: The U.S. Dept. Of Health & Human Services
Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, S. W.
Washington, D.C. 20201
Toll Free: 1-877-696-6775

APPROBATION DE L'AVIS DE CONFIDENTIALITE MEDICALE

Je comprends que sous le Health Insurance Portability & Accountabiliy Act de 1996 (HIPPA), J'ai certains droits à la confidentialité concernant mon information de santé. J'ai reçu, lus et compris votre avis de confidentialité. Je comprends que cette organisation a le droit de changer son avis de confidentialité de temps en temps et que je dois contacter cette organisation chaque fois que je veux obtenir une copie récente de l'avis de confidentialité.

Je comprends que je dois demander par écrit la restriction de l'utilisation et de la diffusion de mon information personnelle dans le cas ou elle doit être transmise hors de l'organisation, pour traitement, paiement, ou planification médicale. Je comprends que vous n'êtes pas obligés d'agréer ma requête de restriction, mais que si vous l'agréez vous êtes liés par cette restriction.

Cet avis est effectif le _____ 20____ et nous sommes requis de nous soumettre aux termes de cet avis de confidentialité actuellement en effet. Nous nous réservons le droit de changer les termes de notre avis de confidentialité, et d'ajouter de nouvelles provisions à cet avis pour toute information confidentielle en notre possession. Nous rendrons disponible et vous pouvez requérir à notre bureau une copie manuscrite de notre avis de confidentialité révisée.

Nom du patient _____

Relation au patient _____

Signature _____

Date _____

FOR OFFICE USE ONLY

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement, but was unable to do so as documented below

Date	Initials	Reason