

Objet :

No d'inscription au MIF de NYS :

AUTORISATION DE DIVULGATION ET D'UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Je soussigné(e) autorise les parties identifiées ci-dessous, le Fonds d'indemnisation médicale de l'État de New York (« le Fonds »), y compris ses représentants, agents et délégués autorisés, à utiliser et divulguer tout renseignement médical ou toute information de santé individuellement identifiable concernant mon enfant, _____, tel que décrit ci-dessous, en vue de lui fournir les prestations et les services de gestion de dossier prévus par le Fonds. Je comprends que les renseignements concernant mon enfant dont j'autorise l'utilisation ou la divulgation pourront être divulgués à des tiers par leur destinataire, dans le respect des dispositions de cette Autorisation. Je comprends également qu'il est possible, aux fins susmentionnées, que ces renseignements ne soient plus protégés par les lois fédérales ou nationales sur la confidentialité.

J'autorise spécifiquement les docteurs, le personnel infirmier, les infirmiers praticiens, les assistants médicaux, ergothérapeutes, physiothérapeutes, programmes d'intervention précoce, psychologues, assistants sociaux, nutritionnistes, pharmaciens, kinésithérapeutes et autres prestataires de santé accrédités ou homologués de toute autre manière conformément au Titre VIII de la Loi sur l'éducation de l'État de New York (ou toute loi équivalente dans tout autre État ou dans le District de Columbia), les hôpitaux, écoles, programmes préscolaires, organisations communautaires, programmes fédéraux ou d'État qui ont fourni, fournissent ou sont susceptibles de fournir des prestations à mon enfant, de même que tout autre tiers payeur, à communiquer les renseignements médicaux ou de santé individuellement identifiables de mon enfant, sous quelque forme que ce soit, y compris par communication écrite ou téléphonique, en ma présence comme en mon absence, sans que je sois informé(e) de telles communications, et j'autorise par la présente Alicare Medical Management (AMM) à entreprendre et poursuivre telles communications, au nom du Fonds, y compris en mon absence et sans que j'en sois informé(e).

1. **Quelles informations sont couvertes par cette autorisation ?** Cette autorisation s'applique à tous les renseignements, dossiers et rapports médicaux, de santé, psychologiques et psychiatriques concernant les diagnostics, les soins et le traitement de mon enfant.

Les renseignements concernant mon enfant qui pourront être divulgués incluent, mais sans s'y limiter, les antécédents médicaux ou de santé, les dossiers d'hospitalisation, les prescriptions, les résultats de test médicaux, les rapports de radiographie et les dossiers fournis par d'autres fournisseurs de soins ou d'éducation ou par des organisations communautaires.

2. **A qui cette autorisation permet-elle de divulguer ou de consulter les renseignements ?**

- A. Toute personne qui assiste, diagnostique, traite ou examine mon enfant, y compris, mais sans s'y limiter, les prestataires de soins primaires et pluridisciplinaires, les organisations communautaires et les entités éducatives. Les programmes fédéraux ou d'État qui ont fourni, fournissent ou sont susceptibles de fournir des prestations à mon enfant, et les tiers **payeurs** _____ (indiquer leur nom, le cas échéant) communiqueront les informations correspondantes à AMM ou à quelconque de ses agents, représentants ou sous-traitants.
- B. AMM pourra divulguer, sans solliciter mon autorisation, tout ou partie des renseignements médicaux et informations de santé individuellement identifiables de mon enfant, en vertu de cette Autorisation ou sur demande de toute autre personne ou entité, aux tierces parties suivantes : (a) toute personne ou tout établissement qui assiste, traite, diagnostique ou examine mon enfant ; (b) toute personne ou entité chargée de l'administration des prestations de mon enfant ; (c) tout sous-traitant et prestataire indépendant qui a besoin de tels renseignements à des fins médicales ou sanitaires ; (d) l'Administration de la sécurité sociale ou tout fournisseur de sécurité sociale ou de services de réadaptation professionnelle aux États-Unis et toute administration nationale, fédérale ou locale qui a besoin de tels renseignements à des fins médicales ou sanitaires ; et (e) tout tiers payeur.

3. **Combien de temps cette autorisation est-elle valide ?** Cette autorisation est valide pour toute la durée de la participation de mon enfant au Fonds d'indemnisation médicale de l'État de New York mais prendra fin au plus tard à la date à laquelle mon enfant atteint 18 ans si ses capacités lui permettent de prendre lui-même/elle-même les décisions concernant ses soins de santé.
4. **Résiliation de cette autorisation** Sauf en cas d'indication contraire par la législation fédérale ou d'État, je comprends que j'ai le droit de résilier cette autorisation à tout moment en envoyant une résiliation écrite à l'Administrateur du Fonds. Cette résiliation prendra effet le jour de sa réception par l'Administrateur. Je comprends également que toute résiliation de cette autorisation n'aura aucun effet sur quelque action entreprise par l'Administrateur du Fonds avant qu'il n'ait reçu ladite révocation.
5. **Traitement des demandes de remboursement de mon enfant.** Je comprends que cette autorisation est généralement nécessaire pour traiter les demandes de remboursement de mon enfant. Je comprends également qu'en refusant de signer cette autorisation, je risque d'entraver ou d'empêcher le traitement des demandes de remboursement de mon enfant.
6. **Refus de signer.** Je comprends également que le traitement de mon enfant par les prestataires de santé, son inscription ou son admissibilité ne dépendront nullement de mon acceptation ou de mon refus à signer cette autorisation.

Je comprends que j'ai le droit de demander et de recevoir une copie de cette autorisation. Je comprends que j'ai le droit d'examiner à tout moment les informations divulguées. Toute photocopie de cette autorisation sera considérée comme valide et sera acceptée avec le même pouvoir exécutoire que la version originale.

Signature du/de la participant(e) ou de son/sa représentant(e) Adresse du/de la participant(e)

Nom en caractères d'imprimerie du/de la participant(e) ou de son/sa représentant(e)

Relation du/de la représentant(e) envers le/la participant(e) Numéro de sécurité sociale du/de la participant(e)
Si applicable

Signé le

Date de naissance du/de la participant(e)