

A&A – AUTORISATION DE FACTURER ET AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS

(Consentement à la responsabilité financière et aux opérations de soins de santé)

Soins de santé de l'Université de l'Iowa (UI Health Care)

200 Hawkins Drive, HSSB Suite 100, Iowa City, IA 52242 (États-Unis)

Téléphone: 866-393-4605; Télécopieur: 319-356-2862; Courriel: him-consentform@uiowa.edu

Nom légal du patient: _____ Date de naissance: _____

Aux fins de ce consentement, l'Université de l'Iowa Health Care (UI Health Care) comprend tous les hôpitaux, les bureaux des fournisseurs et les autres établissements fournissant des services de santé qui font partie d'UI Health Care.

DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS POUR LA DÉTERMINATION ET LE PAIEMENT DES PRESTATIONS:

J'autorise expressément UI Health Care à soumettre des renseignements médicaux concernant les diagnostics, les traitements, les consultations, les ordonnances et les antécédents médicaux à ma compagnie d'assurance, à l'assurance-maladie ou à un autre tiers payeur ou à ses agents ou représentants autorisés dans le but de déterminer les prestations et de faciliter le paiement. Cette autorisation comprend le partage de renseignements avec les fournisseurs d'ambulances afin de faciliter la facturation et le paiement des patients transportés à UI Health Care. Cette autorisation permet la divulgation de renseignements passés et futurs et expirera une fois que je ne serai plus un patient de UI Health Care, à moins qu'elle ne soit annulée plus tôt par le patient ou la personne légalement autorisée.

Ce consentement est volontaire. Si j'annule ce consentement à une date ultérieure, je dois envoyer un avis écrit au directeur de la gestion de l'information sur la santé à l'adresse ci-dessus. Si ce consentement est annulé, je comprends que des renseignements peuvent avoir été divulgués avant l'annulation, et que cette action ne serait pas considérée comme une violation de la confidentialité. Je reconnais également: 1) que les destinataires de ces renseignements peuvent éventuellement les divulguer à nouveau sans autorisation appropriée, et 2) une fois que les renseignements sont divulgués, ils peuvent ne plus être protégés par les règlements fédéraux sur la protection des renseignements personnels. Je comprends que je peux examiner les renseignements divulgués ou poser des questions en communiquant avec le directeur de la gestion de l'information sur la santé à l'adresse ci-dessus. On m'a offert une copie de cette autorisation.

Les Soins de santé de UI Health Care n'exigent pas que l'on remplisse ce formulaire comme condition d'évaluation ou de traitement. Toutefois, lorsque l'évaluation ou le traitement demandé vise uniquement à établir un rapport médical pour un tiers, si l'autorisation de divulguer les informations à ce tiers n'est pas fournie, cela peut entraîner l'annulation de ces services. Je comprends que les informations peuvent être divulguées par voie électronique et peuvent inclure des informations dans les catégories suivantes, à moins que je ne refuse spécifiquement la divulgation (**cochez toute catégorie à ne pas divulguer**). Si vous cochez l'une des catégories ci-dessous, il se peut que vous soyez facturé directement au lieu de facturer votre assurance pour les services fournis.

Consommation de substances* Santé mentale Information liée au VIH Tests génétiques/infos**

*Des informations vous ont été divulguées à partir de dossiers protégés par les règles fédérales de confidentialité (42 CFR Part 2 interdit la divulgation non autorisée de ces dossiers). **Fait référence aux tests génétiques pour dépister d'éventuels problèmes de santé futurs, ne fait pas référence aux tests pour diagnostiquer ou traiter les problèmes de santé actuels.

UTILISATION ET DIVULGATION DES DOSSIERS DES PATIENTS ATTEINTS D'UN TROUBLE LIÉ À

L'UTILISATION DE SUBSTANCES: Si je reçois un traitement pour un trouble lié à l'utilisation de substances dans le cadre d'un programme de UI Health Care, je consens à ce que le programme divulgue ces dossiers à d'autres personnes au sein de UI Health Care et à d'autres sociétés affiliées de UI Health Care aux fins de mon traitement, de l'amélioration de la qualité et d'autres activités de soins de santé. et la coordination des soins. Ce consentement expirera une fois que je ne serai plus un client de UI Health Care. Je peux annuler ce consentement en communiquant avec le directeur de la gestion de l'information sur la santé à l'adresse ci-dessus à tout moment, sauf dans la mesure où le programme, UI Health Care ou d'autres sociétés affiliées de UI Health Care ont déjà agi en se fondant sur mon consentement.

ATTESTATION ET CESSION D'ASSURANCE: Je certifie par la présente que les informations que j'ai fournies lors de ma demande de paiement en vertu des titres XVIII et XIX de la loi sur la sécurité sociale et/ou par tout autre tiers payeur sont correctes. UI Health Care déploiera des efforts de bonne foi pour protéger le droit du patient à la confidentialité lorsqu'il fournit de manière appropriée des renseignements sur la santé aux payeurs, y compris l'examen de la couverture active qui n'a pas été communiquée auparavant à UI Health Care afin de demander le

paiement au nom du patient. Je cède à UI Health Care, sous réserve d'acceptation, toutes les prestations pour les soins qui me sont dues en vertu desdites politiques et programmes, mais qui ne doivent pas dépasser les frais réguliers pour des services similaires. J'attribue le paiement au(x) fournisseur(s) qui fournissent des services médicaux et je cède le paiement pour les frais impayés du ou des fournisseurs pour lesquels UI Health Care est autorisé à facturer dans le cadre de ses services. Je comprends que je suis responsable du paiement de toutes les franchises d'assurance maladie, de la coassurance ou de toute autre dépense encourue qui n'est pas payée par les assureurs ou autres tiers payeurs.

Je comprends que, sauf disposition contraire de la loi applicable, UI Health Care n'accepte pas la cession de prestations pour des régimes de tiers payeurs ou des régimes tarifaires basés sur des références avec lesquels elle n'a pas conclu de contrat. Si UI Health Care n'est pas contractuelle avec mon assureur ou si je n'ai pas de plan tarifaire basé sur des références, je comprends que je peux être responsable des frais associés à mes soins. Je comprends que tout paiement partiel que UI Health Care peut accepter d'un tiers payeur non contractuel ou d'un plan tarifaire basé sur une référence ne constitue pas un accord et une satisfaction et ne constitue pas une reconnaissance que UI Health Care accepte ledit paiement comme paiement intégral de tous les soldes impayés des soins de santé. Je comprends qu'il se peut que l'on me facture la différence entre les frais et le montant que mon assureur non contractuel ou mon plan tarifaire basé sur des références est prêt à payer. Je comprends que je dois payer tous les frais encourus si je n'ai pas de couverture d'assurance et je peux communiquer avec UI Health Care pour travailler avec eux afin d'identifier les options financières qui s'offrent à moi. J'accepte de payer pour des services non couverts ou des services qui ne sont pas couverts parce que je n'ai pas obtenu l'autorisation préalable d'un traitement tel qu'exigé par un tel payeur ou des services convenus jugés médicalement inutiles par le payeur.

AUTORISATION DE MEDICARE ET MEDIGAP: Je demande que le paiement des prestations autorisées de Medicare et/ou Medigap soit effectué en mon nom pour tout service qui m'est fourni par UI Health Care, y compris les services des fournisseurs. J'autorise tout détenteur d'informations médicales et autres me concernant à divulguer à Medicare et/ou à l'assureur Medigap et à ses agents toute information nécessaire pour déterminer ces prestations ou les prestations payables pour les services connexes.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PAIEMENT DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL LIÉS À L'EMPLOI: Je demande à UI Health Care et/ou à ses sociétés affiliées de facturer à l'employeur tous les coûts associés à l'évaluation ou au traitement liés aux services de santé au travail et je soumettrai des demandes de règlement en mon nom à notre compagnie d'assurance contre les accidents du travail, le cas échéant. J'autorise la divulgation de renseignements sur la santé dans la mesure nécessaire pour me conformer aux exigences de l'employé ou de l'employeur en matière de paiement des services de santé au travail.

PHOTOGRAPHIE ET/OU ENREGISTREMENT VIDÉO/AUDIO: Les personnes qui s'occupent de vous peuvent avoir besoin de vous photographier et/ou de vous enregistrer pour documenter un problème de santé, aider au diagnostic et/ou au traitement d'un problème de santé, et/ou pour aider à planifier les détails de la chirurgie. Les photographies et/ou les enregistrements vidéo/audio pris pour ces raisons cliniques ne nécessitent pas votre autorisation écrite. Je reconnais que UI Health Care est un centre médical universitaire qui fait constamment l'objet d'efforts d'amélioration continue et qui remplit ses missions académiques et d'enseignement. Je consens à ce que mon image soit capturée sous forme de photographie, de vidéo et/ou d'audio pour être utilisée à des fins d'opérations internes de soins de santé. Si UI Health Care a l'intention d'utiliser des photographies, des vidéos et/ou des enregistrements audio capturés à des fins autres qu'à des fins opérationnelles internes, UI Health Care doit obtenir une autorisation écrite de ma part conformément à la politique applicable d'UI Health Care en matière de soins de santé.

EFFETS PERSONNELS/OBJETS DE VALEUR: Je comprends que UI Health Care recommande que tous les effets personnels soient renvoyés à la maison avec un membre de la famille ou un ami. UI Health Care ne sera pas responsable du vol, de la perte ou des dommages de mes biens personnels, y compris, mais sans s'y limiter, de l'argent, des bijoux, des lunettes, des prothèses dentaires, des appareils auditifs, des vêtements ou d'autres articles de valeur inhabituelle. Je comprends qu'il peut y avoir des options de stockage disponibles pour mon utilisation. J'assume l'entière responsabilité de tous mes biens personnels et objets de valeur et je dégage UI Health Care de toute responsabilité à l'égard de ces articles.

COMMUNICATION SANS FIL: Je consens et j'autorise UI Health Care et ses agents à:

- Communiquez avec moi à n'importe quel numéro de téléphone, y compris les numéros de téléphone sans fil, les adresses de courriel ou les identifiants ou modes électroniques uniques que j'ai fournis à UI Health Care à tout moment associé à moi ou à mon compte;

- Communiquer avec moi à l'aide de tout moyen de communication actuel ou futur, y compris, mais sans s'y limiter, les systèmes de composition téléphonique automatisés, les messages artificiels ou préenregistrés, les messages texte SMS ou d'autres formes de messages électroniques ; pour toute raison liée aux services reçus par UI Health Care ou aux services reçus par UI Health Care à l'avenir, y compris les questions d'exploitation et de qualité, telles que les enquêtes de satisfaction des patients et le recouvrement des montants dus sur mon compte ; et
- Laisser des messages sur le répondeur et la messagerie vocale, conformément aux lois applicables, pour toute raison liée aux services fournis par UI Health Care ou aux services qui seront fournis par UI Health Care à l'avenir, y compris les questions d'exploitation et de qualité, telles que les sondages de satisfaction des patients et le recouvrement des montants dus sur mon compte.

J'accepte d'aviser immédiatement UI Health Care si un numéro de téléphone, une adresse de courriel ou d'autres identifiants ou modes électroniques uniques que j'ai fournis à UI Health Care changent ou ne sont plus utilisés par moi.

NON-DISCRIMINATION: UI Health Care se conforme aux lois fédérales applicables en matière de droits civils et ne fait aucune discrimination sur la base de la race, de la couleur, de l'origine nationale, de l'âge, du handicap ou du sexe. UI Health Care n'exclue pas les gens et ne les traite pas différemment en raison de leur race, de leur couleur, de leur origine nationale, de leur âge, de leur handicap ou de leur sexe. UI Health Care fournit gratuitement des aides et des services aux personnes handicapées pour leur permettre de communiquer efficacement avec UI Health Care, notamment:

- Interprètes qualifiés en langue des signes
- Information écrite dans d'autres formats (gros caractères, audio, formats électroniques accessibles)
- Fournit des services linguistiques gratuits aux personnes dont la langue maternelle n'est pas l'anglais, y compris des interprètes qualifiés et des informations rédigées dans d'autres langues.

Si vous croyez que UI Health Care n'a pas fourni ces services ou ont fait preuve de discrimination d'une autre manière sur la base de la race, la couleur, l'origine nationale, l'âge, le handicap ou le sexe, vous pouvez déposer un grief auprès de: Joint Office for Compliance, 200 Hawkins Drive, HSSB Suite 200, Iowa City, IA 52242, 319-353-8600, compliance@healthcare.uiowa.edu.

Vous pouvez déposer un grief en personne ou par la poste, par télécopieur ou par courriel. Si vous avez besoin d'aide pour déposer un grief, le Bureau conjoint de la conformité est à votre disposition. Vous pouvez également déposer une plainte en matière de droits civils auprès du Département de la santé et des services sociaux des États-Unis, Office for Civil Rights, par voie électronique via le portail des plaintes du Bureau des droits civils, disponible au <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ou par courrier ou par téléphone à l'adresse suivante: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 800-868-1019, 800-537-7697 (ATS). Des instructions sur la façon de déposer une plainte sont disponibles à <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

Je certifie avoir lu ce consentement et en signant ci-dessous, je déclare que les informations que j'ai fournies sont exactes au meilleur de ma connaissance.

Signature: NE PAS SIGNER – DOCUMENT DE RÉFÉRENCE SEULEMENT **Date:** _____ **Heure:** _____
(Patient ou personne légalement autorisée à consentir pour le patient)

(Nom en caractères d'imprimerie du patient ou de la personne légalement autorisée à signer)

(Lien avec le patient ou la personne légalement autorisée)