

Avis sur les pratiques de confidentialité de DSHS pour le dossier médical du client DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information En vigueur le 23 septembre 2013

DSHS doit vous informer de vos droits en matière de confidentialité dans le Health Information Portability and Accountability Act (HIPAA). (45 CFR 164.520). DSHS est une « entité hybride ». Tous les DSHS ne sont pas couverts par l'HIPAA, seuls les programmes répertoriés comme [composants de soins de santé sur le site Web de DSHS](#) sont couverts par l'HIPAA. Cet avis ne s'applique qu'aux clients desservis par les programmes visés. Cet avis n'affecte pas vos droits aux services DSHS.

Cet avis décrit comment les informations médicales vous concernant peuvent être utilisées et divulguées et comment obtenir ces informations. Veuillez la revoir attentivement.

Qu'est-ce que PHI ?

Les données de santé protégées (PHI) sont les informations médicales du client détenue par des parties du DSHS couvertes par la HIPAA. LES PHI sont des informations médicales liées à vous concernant votre état de santé, les soins de santé que vous recevez ou le paiement de vos soins de santé. DSHS doit protéger votre PHI par la loi.

Quel PHI le DSHS détient-il sur moi ?

Pour nous aider à vous servir, vous pourriez avoir besoin de nous fournir des informations médicales ou de santé, y compris votre emplacement, des informations financières ou des dossiers médicaux. Nous pouvons également obtenir le PHI à votre sujet auprès d'autres sources nécessaires pour vous servir ou payer vos soins.

Qui peut voir mon PHI ?

Nous ne voyons que la plus petite quantité de PHI dont nous avons besoin pour faire notre travail. Nous pouvons partager des PHI avec d'autres programmes ou personnes si la loi le permet ou si vous le permettez. Par exemple, votre PHI peut être donné et utilisé par l'Autorité des soins de santé et d'autres prestataires de soins de santé pour coordonner et payer vos soins de santé. Nous pouvons partager des PHI antérieurs, actuels ou futurs.

Quel PHI partage DSHS ?

Nous partageons uniquement votre PHI que les autres doivent faire leur travail et comme le permet la loi. Vous pouvez demander une liste de ceux qui ont vu votre PHI à certaines fins.

Quand DSHS partage-t-il les PHI ?

Nous partageons les PHI sur la base du « besoin de savoir » pour coordonner les services et pour les opérations de traitement, de paiement et de soins de santé. Par exemple, nous pouvons partager des renseignements pour décider si :

- Un traitement médical doit être fourni.
- Nous pouvons payer les services des fournisseurs de soins de santé.
- Vous êtes éligible aux programmes DSHS.
- Les soins que vous recevez des prestataires répondent aux normes légales.

Puis-je consulter mon PHI ?

Vous avez le droit de consulter vos PHI. Si vous le demandez, vous obtiendrez une copie de votre formulaire de demande de renseignements. Le DSHS peut vous facturer des copies.

Est-ce que je peux changer mon PHI ?

Si vous pensez que votre PHI est erroné, vous pouvez nous demander de changer ou d'ajouter un nouveau PHI. Vous pouvez également nous demander d'envoyer tout changement à d'autres personnes qui ont des copies de vos données de santé protégées (PHI).

Et si quelqu'un d'autre a besoin de mon PHI ?

Il peut vous être demandé de signer un formulaire pour nous permettre de partager votre PHI si :

- Nous avons besoin de votre autorisation pour fournir des services ou des soins ;
- Vous souhaitez que nous envoyions votre PHI à une autre agence ou à un autre fournisseur pour des raisons non autorisées par la loi sans votre autorisation ;
- Vous voulez que PHI soit envoyé à quelqu'un d'autre, tel que votre avocat, un parent ou un autre représentant.

Votre permission de partager votre PHI est bonne jusqu'à la date de fin que vous avez mise sur le formulaire. Nous ne pouvons partager que les PHI de votre liste. Vous pouvez annuler ou modifier cette autorisation en écrivant à DSHS.

Avis sur les pratiques de confidentialité de DSHS pour le dossier médical du client

En vigueur le 23 septembre 2013

Est-ce que DSHS peut partager mon PHI sans ma permission ?

DSHS peut partager PHI sans votre permission dans certains cas. En vertu de la loi, nous pouvons être tenus ou autorisés à partager votre PHI. Voici quelques exemples :

- Signaler les cas de maltraitance ou de négligence d'enfants ou d'adultes aux services de protection de l'enfance, à la police ou à d'autres organismes.
- Fournir des documents en vertu d'une ordonnance du tribunal.
- Donner les PHI à d'autres agences qui examinent les opérations DSHS.
- Partager les PHI avec les agences qui autorisent et inspectent les installations médicales, telles que les maisons de retraite et les hôpitaux.
- Partagez les PHI avec des fournisseurs de services ou d'autres agences pour prendre soin de vous ou au besoin pour déterminer si vous êtes admissible à des services ou des avantages.
- Donner des PHI aux tuteurs ou aux parents des mineurs.
- Utilisez les PHI pour la recherche.
- Utiliser ou divulguer les PHI en cas d'urgence ou à des fins de secours en cas de catastrophe.

Puis-je limiter le partage de mon PHI et comment puis-je le récupérer ?

Vous pouvez nous demander de limiter l'utilisation et le partage de vos PHI, mais nous ne sommes pas obligés d'accepter. Vous pouvez également demander que nous vous envoyions votre PHI dans un format différent ou à un autre endroit.

En quoi consiste une brèche ?

Une violation est l'utilisation ou la divulgation de vos PHI qui n'est pas autorisée en vertu de la HIPAA, y compris la perte par vol, erreur ou piratage. Nous vous informerons par courrier s'il y a une violation de votre PHI en vertu de la HIPAA.

Puis-je avoir une copie de cet avis ?

Oui. Cet avis est à vous. Si vous avez reçu cet avis par voie électronique, vous pouvez demander une copie papier et nous vous en donnerons une.

Que se passe-t-il si les pratiques de confidentialité des PHI changent ?

Nous sommes tenus de nous conformer à cet avis. Nous avons le droit de modifier cet avis. Si les lois ou nos pratiques de confidentialité changent, nous vous enverrons des informations sur le nouvel avis et où le trouver ou vous l'envoyer.

Avec qui puis-je communiquer si j'ai des questions sur cet avis ou sur mes droits en matière de PHI ?

Si vous avez des questions à propos de cet avis, vous pouvez contacter le responsable de la confidentialité DSHS à l'adresse DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov ou (360) 902-8278.

Comment dois-je signaler une violation de mes droits à la vie privée des PHI ?

Si vous estimez que vos droits à la confidentialité de vos PHI ont été enfreints, vous pouvez déposer une plainte auprès de :

DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45135, Olympia WA 98504-5135 ou par email à l'adresse DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov. Si vous déposez une plainte, DSHS ne modifiera pas ou n'arrêtera pas vos services et ne doit pas exercer de représailles contre vous.

OU

Soumettez votre plainte en ligne à :

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf ou en écrivant à : Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, téléphone (800) 368-1019.

Toute plainte auprès du DHHS doit être déposée dans les 180 jours suivant la violation de la vie privée alléguée.



**Confirmation
Acknowledgement**

(Nécessaire lorsque le DSHS fournit des soins de santé directs)

NOM DU CLIENT	DATE DE NAISSANCE DU CLIENT
---------------	-----------------------------

J'ai reçu une copie de l'avis de confidentialité du DSHS et j'ai eu l'occasion de poser des questions sur la façon dont le DSHS utilisera et partagera mes renseignements personnels sur la santé.

SIGNATURE DU CLIENT OU DU REPRÉSENTANT PERSONNEL	DATE
--	------

FOR DSHS USE ONLY (RÉSERVÉ À L'USAGE DSHS)

To be completed if unable to obtain signature of client or personal representative.

Describe efforts made to have the client acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices (NPP):

Describe reason why acknowledgement was not obtained:

STAFF MEMBER'S NAME AND TITLE (PLEASE PRINT)	ADMINISTRATION/DIVISION
--	-------------------------

STAFF'S SIGNATURE	DATE
-------------------	------