



AVIS CONJOINT SUR LES PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

CET AVIS DÉCRIT COMMENT LE DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ COMPORTEMENTALE PEUT UTILISER ET DIVULGUER VOS INFORMATIONS DE SANTÉ PROTÉGÉES (PHI), ET COMMENT VOUS POUVEZ ACCÉDER À VOS PHI. VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT CET AVIS.

Le département de la santé comportementale (DBH) et ses prestataires agréés doivent préserver la confidentialité de vos informations médicales, mentales et de traitement des troubles liés à l'utilisation de substances, également connues sous le nom d'informations de santé protégées (PHI).

Vos PHI sont tous les documents qui peuvent vous identifier et qui sont liés à vos soins de santé. Vos PHI peuvent inclure des données telles que votre nom, votre adresse, votre date de naissance, votre numéro de téléphone, votre numéro de sécurité sociale, votre numéro Medicaid ou Medicare, des informations sur votre police d'assurance maladie et des informations sur votre état de santé ou les soins qui vous sont prodigués.

1. NOTRE DEVOIR DE PROTÉGER VOS PHI

La loi exige que DBH et ses fournisseurs agréés respectent la confidentialité de vos informations personnelles. Nous devons vous fournir le présent avis sur nos obligations légales et nos pratiques en matière de protection de la vie privée, qui explique comment vos PHI seront utilisées, partagées et protégées. La loi exige que le DBH et ses fournisseurs agréés respectent cet avis.

2. UTILISATION DE VOS PHI

Nous pouvons utiliser vos PHI à des fins de traitement, de paiement et à d'autres fins autorisées. Nous autorisons le personnel du DBH à traiter le paiement de vos traitements médicaux, de santé mentale et de toxicomanie à l'aide de vos PHI. En outre, nous autorisons le personnel du DBH à accéder à vos PHI si nécessaire pour contrôler la qualité des soins que vous recevez, vérifier la certification et l'autorisation d'exercer du fournisseur et effectuer des audits.

Nous pouvons également utiliser et/ou divulguer vos PHI sans votre autorisation lorsque la loi le permet. Veuillez noter que des lois différentes régissent la confidentialité de vos dossiers de traitement de la toxicomanie et de vos dossiers médicaux/de santé mentale. Vous trouverez ci-dessous des informations sur la manière dont vos dossiers peuvent être partagés.

Nous pouvons divulguer vos **PHI médicales et de santé mentale** sans votre autorisation :

1. Avec d'autres prestataires de soins de santé ou les agences de santé et de services sociaux du district et leurs sous-traitants (y compris le département des services sociaux, l'agence des services à l'enfance et à la famille, DC Health et le département du financement des soins de santé) afin de coordonner votre traitement, vos prestations et vos services. Vous pouvez refuser d'accorder au DBH le droit de partager vos PHI avec des fournisseurs en **dehors** du réseau du DBH et du groupe de santé et de services sociaux du district. « L'option de refus » signifie que vous ne voulez pas que votre fournisseur partage vos PHI

avec des fournisseurs extérieurs, sauf si vous avez signé une autorisation de divulgation ou si nous sommes légalement obligés de partager vos PHI (*c.-à-d. que* le DBH peut être légalement obligé de partager vos informations personnelles lors d'une urgence médicale ou en réponse à une ordonnance d'un tribunal).

2. Pour soumettre des demandes de remboursement pour les services qui vous ont été fournis.
3. Pour des activités de santé publique telles que le signalement de suspicion de maltraitance ou de négligence à l'égard d'un enfant ou pour prévenir ou contrôler une maladie.
4. Si le DBH ou ses fournisseurs agréés pensent raisonnablement que vous êtes victime d'abus, de négligence ou de violence domestique, nous pouvons partager vos PHI avec un service social ou un organisme d'application de la loi.
5. Pour des activités de contrôle telles que des audits, des enquêtes, des inspections, des mesures d'autorisation ou disciplinaires, des procédures ou actions civiles, administratives ou pénales.
6. En réponse à une ordonnance d'une cour ou d'un tribunal administratif, ou à une citation à comparaître.
7. Aux représentants des forces de l'ordre en réponse à un mandat, à une citation à comparaître ou à une demande administrative ; pour identifier ou localiser un suspect, un fugitif, un témoin ou une personne disparue ; ou pour signaler un comportement criminel réel ou menacé, y compris dans les locaux du DBH ou d'un fournisseur agréé.
8. En cas d'urgence médicale ou psychiatrique, lorsque votre état de santé nécessite des soins médicaux immédiats.
9. À des fins de recherche, si l'étude de recherche respecte certaines exigences en matière de confidentialité.
10. Pour prévenir une menace grave ou imminente pour la santé publique et la sécurité.
11. Lorsqu'une demande est faite par un représentant d'une agence de protection et de défense du district de Columbia dans le cadre d'une enquête sur des allégations de maltraitance ou de négligence d'une personne atteinte de maladie mentale.
12. Aux établissements correctionnels ayant la garde légale de vous pour coordonner votre traitement ou vos soins, et lorsque cela est nécessaire pour garantir la santé et la sécurité des autres détenus et du personnel.
13. Pour surveiller votre conformité avec une condition de libération sous caution, de probation, de libération conditionnelle, de libération supervisée ou d'accord de diversion concernant le traitement en santé mentale.
14. Conformément à un accord d'organisation de services qualifiés ou de partenaire commercial.

En outre, nous pouvons divulguer vos **PHI relatives au traitement de la toxicomanie** sans votre autorisation **uniquement** :

1. En cas d'urgence médicale lorsque nous ne pouvons pas obtenir votre consentement écrit.
2. À des fins de recherche, si l'étude de recherche respecte certaines exigences en matière de confidentialité.
3. Pour les audits et évaluations du programme de traitement de l'usage de substances.
4. Avec une ordonnance judiciaire valide.
5. Pour signaler des soupçons de maltraitance et de négligence envers un enfant.
6. Aux forces de l'ordre pour signaler un crime survenu dans les locaux d'un prestataire de traitement de l'usage de substances.
7. À une organisation de services qualifiés pour fournir des services au programme de traitement de l'usage de substances.

Vous pouvez choisir de partager vos PHI avec une personne, une entreprise ou une organisation spécifique à des fins autres que celles décrites ci-dessus (par exemple, vous pouvez souhaiter partager vos PHI avec votre avocat). Si vous souhaitez le faire, vous devez signer une autorisation de divulgation d'informations pour permettre au DBH de partager vos PHI.

3. PARTICIPATION DANS LE DISTRICT DE COLUMBIA ÉCHANGE D'INFORMATIONS DE SANTÉ

Nous avons choisi de participer au CRISP DC, un échange régional d'informations de santé (HIE) servant le District de Columbia. CRISP DC est également affilié à d'autres HIE et partage des données avec eux, y compris ceux en Alaska, au Connecticut, dans le Maryland et en Virginie-Occidentale. Comme le permet la loi, vos informations de santé seront partagées avec cet échange afin de fournir un accès plus rapide, une meilleure coordination des soins et d'aider les prestataires de soins et les responsables de la santé publique à prendre des décisions plus éclairées. Les divulgations non autorisées d'informations sur la santé mentale sont interdites conformément à la loi sur les informations de santé mentale du District de Columbia de 1978 (§§7-1201.01 à 7-1207.02). La partie 2 du titre 42 du Code des règlements fédéraux (42 C.F.R. Partie 2) interdit la divulgation non autorisée des dossiers de patients atteints de troubles liés à l'usage de substances.

Si vous recevez **des services de traitement en santé mentale**, vous serez inscrit dans le CRISP DC, sauf si vous choisissez **de ne pas** participer. Si vous ne souhaitez pas que vos informations soient partagées de cette manière, vous pouvez refuser l'accès à vos informations de santé disponibles par l'intermédiaire du CRISP DC en appelant le 1-877-952-7477 ou en remplissant et soumettant un formulaire de refus sur le site Web du CRISP DC à l'adresse www.crisphealth.org. L'option de refus n'affectera pas les mesures prises par le CRISP DC avant qu'elle ne soit reçue. CRISP DC se conformera aux demandes de désinscription dans la mesure requise par les lois fédérales et de confidentialité du D.C. applicables. Certaines déclarations requises par la loi, telles que les rapports de santé publique et les informations sur les substances contrôlées dangereuses, seront toujours accessibles aux prestataires, même si vous refusez.

Si vous recevez des services **de traitement pour l'usage de substances, vous pouvez également consentir à partager** ces services de traitement par l'intermédiaire de l'échange d'informations de santé (HIE) du CRISP DC avec vos prestataires de soins traitants. Les données relatives aux troubles de l'usage de substances (SUD) peuvent être protégées par des réglementations supplémentaires qui exigent un consentement explicite pour partager ces données SUD par l'intermédiaire de l'échange d'informations de santé (HIE). Veuillez demander au personnel de votre prestataire de vous aider à remplir le formulaire de consentement du patient pour divulguer les informations sur le traitement des troubles liés à l'usage de substances (SUD). Ce consentement peut être révoqué à tout moment.

4. AUTORISATION POUR D'AUTRES UTILISATIONS ET DIVULGATIONS DES PHI NON MENTIONNÉES DANS LE PRÉSENT AVIS

Le DBH et ses fournisseurs certifiés n'utiliseront ou ne divulgueront vos PHI que pour les fins abordées dans cet avis. Le DBH et ses fournisseurs certifiés ne vendront jamais vos PHI et obtiendront votre autorisation écrite pour d'autres utilisations et divulgations. Vous pouvez révoquer votre autorisation par écrit à tout moment. La révocation de votre autorisation n'affectera aucune action entreprise par le DBH ou ses fournisseurs certifiés avant la réception de la révocation écrite. Vous pouvez contacter le responsable de la confidentialité du DBH à l'adresse indiquée à la fin de cet avis pour de plus amples informations.

5. VOS DROITS CONCERNANT VOS PHI

Vous avez les droits suivants concernant vos PHI. Par écrit, vous pouvez :

1. Nous demander de limiter l'utilisation ou la communication de vos PHI, y compris le droit de refuser la divulgation de vos informations de santé mentale à des prestataires en dehors du réseau de prestataires du DBH et du groupe de santé et de services sociaux du district. Nous ne sommes pas tenus d'accepter votre demande. Si nous sommes d'accord, nous l'honorerons ;

2. Vous avez le droit d'être informé sur vos PHI d'une manière confidentielle que vous choisissez. La manière que vous choisissez doit être raisonnable pour nous ;
3. D'une manière générale, vous avez le droit de voir et de copier vos PHI. Vous pouvez demander que tout refus de le faire soit réexaminé. Des frais raisonnables peuvent vous être facturés pour les copies ;
4. Demander au DBH ou à un prestataire de modifier vos PHI dans votre dossier. Il se peut que nous n'apportions pas les modifications demandées. Dans ce cas, nous vous expliquerons pourquoi nous ne pouvons pas modifier vos PHI. Vous pouvez répondre par écrit à tout refus. Vous pouvez demander que notre refus et votre réponse soient ajoutés à vos PHI ;
5. Obtenir une liste de certaines entités ayant reçu vos PHI du DBH après le 14 avril 2003. Cette liste n'inclura pas les divulgations effectuées pour le traitement, le paiement, les opérations de soins de santé, les informations que vous nous avez autorisées à fournir, ou les fonctions gouvernementales ;
6. Restreindre la divulgation de vos PHI lorsque vous payez de votre poche ;
7. Demander une copie papier de cet avis sur les pratiques de confidentialité ; et
8. Être informé d'une violation de vos PHI.

Si vous souhaitez exercer vos droits, ou si vous avez une question ou une plainte concernant l'utilisation et la divulgation de vos PHI, **vous devez contacter le responsable de la confidentialité de l'agence qui vous fournit le traitement.** Vous pouvez également contacter le responsable de la confidentialité du DBH :

Responsable de la confidentialité du DBH
Département de la santé comportementale
64 New York Avenue, NE, 3^{ème} étage
Washington, D.C. 20002
(202) 671-4088
ATS/ATM : (202) 673-7500
Courriel : dbh.privacy@dc.gov

Vous pouvez également déposer une plainte auprès du département américain de la santé et des services sociaux, en envoyant une plainte écrite à l'adresse suivante :

Bureau des droits civils - Région III
Département américain de la santé et des services sociaux
Opérations centralisées de gestion des dossiers
Département américain de la santé et des services sociaux 200 Independence Avenue, S.W.
Salle 509F Bâtiment HHH
Washington, D.C. 20201
Ligne d'assistance téléphonique (800) 368-1019

Veillez consulter le site <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html> pour plus d'informations sur la manière de déposer une plainte auprès du Département de la santé et des services sociaux (DHHS).

Si vous avez accès à un ordinateur, vous pouvez soumettre un formulaire de plainte par voie électronique en utilisant le portail de plaintes du Bureau des droits civils à : <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> ou par courriel : OCRComplaint@hhs.gov

Vous avez toujours le droit de déposer un grief dans le cadre des procédures de grief du DBH. Veuillez vous référer à la politique du [DBH 515.3, Droits des consommateurs](#) pour plus d'informations sur la manière de déposer un grief. Veuillez noter que personne ne peut prendre de mesures contre vous si vous vous plaignez de l'utilisation et de la divulgation de vos PHI.

Si vous avez des difficultés à comprendre cet avis, demandez de l'aide.

Accusé de réception
de l'avis de pratiques de confidentialité

Nous participons à l'échange d'informations de santé CRISP DC pour partager vos dossiers médicaux avec vos autres prestataires de soins de santé et pour d'autres raisons limitées. Vous avez le droit de limiter la manière dont vos informations médicales sont partagées. Nous vous encourageons à lire notre avis sur les pratiques de confidentialité et à trouver plus d'informations sur les politiques de partage des dossiers médicaux du CRISP DC à l'adresse www.crispdc.org.

Si vous êtes traité pour un SUD par notre établissement, vos données ne seront pas partagées par CRISP DC, à moins que vous ne donniez votre accord pour que ces informations soient spécifiquement partagées. Si vous choisissez de donner votre consentement, les informations relatives à vos SUD seront partagées avec d'autres cliniciens qui vous traitent, pour le paiement des services et à d'autres fins opérationnelles telles que l'amélioration de la qualité et la coordination des soins. À l'heure actuelle, pour partager vos informations, votre consentement doit autoriser le partage de vos informations à toutes les fins liées au traitement, au paiement et aux opérations. Vous pouvez demander à votre clinicien plus d'informations sur la manière de donner votre consentement, sur la signification de ce consentement et sur la manière dont vous pouvez le révoquer.

Je reconnais que l'on m'a proposé une copie de l'avis conjoint sur les pratiques de confidentialité du DBH.

Signature _____ Date _____

Nom en lettres moulées _____

Lien de parenté si autre que consommateur/client _____

_____ Je refuse de signer ce formulaire.

Note au fournisseur certifié :

Si le consommateur/représentant refuse l'avis ou la signature, prenez acte du refus en fournissant les informations suivantes :

Nom et titre du personnel du fournisseur certifié :

Signature _____ Date _____

Commentaires :

Avis conjoint des pratiques de confidentialité et copie du formulaire de reconnaissance – Consommateur
Original du formulaire de reconnaissance – Dossier clinique