*Commonwealth du Massachusetts* *Département de la santé mentale – Department of Mental Health (DMH)*

***DEMANDE DE PRESTATIONS POUR ADULTE Édition d’octobre 2009*** *(révision d’octobre 2015)*

**Mission du DMH**

Le département de la Santé mentale (Department of Mental Health, ou DMH) dispense des prestations aux personnes atteintes de maladies mentales graves et persistantes pour les aider à vivre dans la collectivité de manière indépendante.

**Comment déposer une demande de prestations auprès du DMH ?**

Les personnes de plus de dix-huit ans demandant à recevoir des prestations de santé mentale par l’intermédiaire du DMH doivent impérativement déposer les formulaires suivants (après les avoir remplis, puis **datés et signés** aux endroits indiqués) :

* *Demande de prestations pour adulte* ;
* *Autorisation(s) de communiquer des renseignements* (ACR, voir page 8).

Bien qu’il ne soit pas nécessaire de donner d’autres informations au moment de la demande de prestations, le DMH encourage les demandeurs à joindre les renseignements médicaux et psychiatriques qui sont **disponibles**. Il est fortement recommandé de déposer ces renseignements en même temps que la demande, de manière à accélérer le processus de décision. Ces renseignements complémentaires sont notamment les suivants :

* dossiers et résultats de consultations psychiatriques externes ;
* comptes rendus d’hospitalisation.

**Instructions à l’intention du prestataire**

Tout prestataire aidant à déposer une demande auprès du DMH doit confirmer que la personne concernée ou son tuteur légal est au courant du dépôt de cette demande et ne s’y oppose pas. La demande doit impérativement inclure les renseignements cliniques suivants :

* évaluation psychiatrique, avec les diagnostics selon le DSM ;
* tous les résultats d’évaluation disponibles (examen psychosocial, médicaments, tests neuropsychologiques, etc.) ;
* tous les comptes rendus d’hospitalisation disponibles ;
* plan de traitement actuel ; et
* *Autorisation(s) de communiquer des renseignements* (ACR, voir page 10).

Le DMH pourra demander d’autres renseignements cliniques si nécessaire.

**Suites données au dépôt d’une demande**

Dans les sept (7) jours suivant la réception d’une *Demande de prestations pour adulte*, le DMH prend contact avec le demandeur ou avec son tuteur par téléphone. Cette prise de contact téléphonique est destinée à :

* accuser réception de la *Demande de prestations pour adulte* par le DMH,
* présenter le processus de décision ;
* confirmer que le demandeur (ou son tuteur) souhaite lancer le processus de décision ;
* évaluer les besoins immédiats ou émergents du demandeur et y répondre comme il convient ; et
* lancer le recueil des données médicales et autres qui justifient la demande de prestations.

L’agent du DMH chargé des autorisations de prestation clinique (*Clinical Service Authorization Specialist*) pourra demander un entretien en personne avec le demandeur, son tuteur ou les deux s’il le juge nécessaire pour mieux évaluer les besoins dudit demandeur. Dans la plupart des cas, l’entretien en personne a lieu dans un bureau du DMH. Autrement, l’entretien en personne peut se tenir dans un autre lieu convenu.

Le directeur de secteur du DMH (ou son délégué) statue sur les demandes de prestations après avoir reçu et analysé les renseignements selon les règlements du DMH : [**http://www.mass.gov/eohhs/docs/dmh/regs/reg-104cmr29.pdf**](http://www.mass.gov/eohhs/docs/dmh/regs/reg-104cmr29.pdf).

Lorsqu’il s’avère qu’une personne remplit les critères cliniques, le directeur de secteur (ou son délégué) doit déterminer si elle a besoin des prestations du DMH. Comme la disponibilité des prestations du DMH est limitée, il doit établir un ordre de priorité entre les demandeurs et les manières de dispenser les prestations. Les règlements du DMH établissent les critères à utiliser pour déterminer qui est autorisé à recevoir ses prestations et de quelle façon les attribuer.

*Commonwealth du Massachusetts* *Département de la santé mentale – Department of Mental Health (DMH)*

***DEMANDE DE PRESTATIONS POUR ADULTE Édition d’octobre 2009*** *(révision d’octobre 2015)*

**Comment se procurer les formulaires de demande et d’*Autorisation de communiquer des renseignements* (ACR) ?**

Les formulaires de *Demande de prestations pour adulte* et d’*Autorisation de communiquer des renseignements* (ACR) sont disponibles en anglais, espagnol, portugais et créole haïtien dans l’ensemble des bureaux de secteur et de proximité du DMH, dans les centres d’hospitalisation psychiatrique de courte durée et auprès de nombreux programmes associatifs aux quatre coins de l’État. Ils sont aussi disponibles en téléchargement sur le site Web du DMH : [www.mass.gov/dmh](http://www.mass.gov/dmh). Si nécessaire, le DMH peut fournir des traducteurs pour les autres langues, ainsi que d’autres formes d’assistance selon les besoins.

**Conditions de dépôt de la demande**

Les formulaires de *Demande de prestations pour adulte* et d’*Autorisation de communiquer des renseignements* (ACR) datés et signés doivent être déposés, envoyés ou faxés au bureau de secteur ou de proximité du DMH chargé de la localité où réside le demandeur lors de la demande.

**Où envoyer la *Demande de prestations pour adulte* ?**

Veuillez trouver votre ville ou localité dans la liste figurant à la page suivante, puis envoyer votre demande au bureau du DMH correspondant, dont l’adresse figure dans la liste ci-dessous. En cas de questions, veuillez téléphoner au numéro indiqué dans cette liste.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bureau** | **Adresse postale** | **Téléphone** | **Fax** |
| Boston | 85 East Newton Street, Boston, MA 02118 | (617) 626-9200 | (617) 626-9216 |
| Brockton | 165 Quincy Street, Brockton, MA 02302 | (508) 897-2000 | (508) 897-2047 |
| Northampton | 1 Prince Street, Northampton, MA 01060 | (413) 587-6200 | (413) 587-6240 |
| Tewksbury | P.O. Box 387, Tewksbury, MA 01876-0387 | (978) 863-5000 | (978) 863-5091 |
| Worcester | 361 Plantation St. Worcester, MA 01605 | (774) 420-3140 | (774) 420-3165 |

Les demandes ne doivent PAS être envoyées au bureau central du DMH situé sur Staniford Street, à Boston, car cela entraînerait des problèmes d’acheminement de la demande et pourrait retarder le processus de décision.

Pour toute question sur le processus de demande ou sur l’adresse à utiliser, veuillez appeler le *service d’information et d’orientation du DMH* au **1-800-221-0053** (du lundi au vendredi de 9 h à 17 h).

*Commonwealth du Massachusetts* *Département de la santé mentale – Department of Mental Health (DMH)*

***DEMANDE DE PRESTATIONS POUR ADULTE Édition d’octobre 2009*** *(révision d’octobre 2015)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ville ou  localité** | **Bureau du DMH** | **Ville ou  localité** | **Bureau du DMH** | **Ville ou  localité** | **Bureau du DMH** | **Ville ou localité** | **Bureau du DMH** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Abington | Brockton | Boston - Hyde Park | Boston | Danvers | Tewksbury | Hadley | Northampton |
| Acton | Tewksbury | Boston-Jamaica Plain | Boston | Dartmouth | Brockton | Halifax | Brockton |
| Acushnet | Brockton | Boston - Mattapan | Boston | Dedham | Worcester | Hamilton | Tewksbury |
| Adams | Northampton | Boston - North End | Boston | Deerfield | Northampton | Hampden | Northampton |
| Agawam | Northampton | Boston - Revere | Boston | Dennis | Brockton | Hancock | Northampton |
| Alford | Northampton | Boston - Roslindale | Boston | Dennisport | Brockton | Hanover | Brockton |
| Allston | Boston | Boston - Roxbury | Boston | Dighton | Brockton | Hanson | Brockton |
| Amesbury | Tewksbury | Boston - Somerville | Boston | Dorchester | Boston | Hardwick | Worcester |
| Amherst | Northampton | Boston - South End | Boston | Douglas | Worcester | Harvard | Worcester |
| Andover | Tewksbury | Boston - Southie | Boston | Dover | Worcester | Harwich | Brockton |
| Aquinnah | Brockton | Boston – W. Roxbury | Boston | Dracut | Tewksbury | Harwichport | Brockton |
| Arlington | Tewksbury | Boston - Winthrop | Boston | Dudley | Worcester | Hatfield | Northampton |
| Ashburnham | Worcester | Bourne | Brockton | Dunstable | Tewksbury | Haverhill | Tewksbury |
| Ashby | Worcester | Boxborough | Tewksbury | Duxbury | Brockton | Hawley | Northampton |
| Ashfield | Northampton | Boxford | Tewksbury | East Boston | Boston | Heath | Northampton |
| Ashland | Worcester | Boylston | Worcester | E. Bridgewater | Brockton | Hingham | Brockton |
| Assonet | Brockton | Bradford | Tewksbury | East Brookfield | Worcester | Hinsdale | Northampton |
| Athol | Northampton | Braintree | Brockton | E. Longmeadow | Northampton | Holbrook | Brockton |
| Attleboro | Brockton | Brewster | Brockton | East Sandwich | Brockton | Holden | Worcester |
| Auburn | Worcester | Bridgewater | Brockton | Eastham | Brockton | Holland | Worcester |
| Avon | Brockton | Brighton | Boston | Easthampton | Northampton | Holliston | Worcester |
| Ayer | Worcester | Brimfield | Worcester | Easton | Brockton | Holyoke | Northampton |
| Back Bay | Boston | Brockton | Brockton | Edgartown | Brockton | Hopedale | Worcester |
| Baldwinville | Worcester | Brookfield | Worcester | Egremont | Northampton | Hopkinton | Worcester |
| Barnstable | Brockton | Brookline | Boston | Erving | Northampton | Hubbardston | Worcester |
| Barre | Worcester | Buckland | Northampton | Essex | Tewksbury | Hudson | Worcester |
| Beacon Hill | Boston | Burlington | Tewksbury | Everett | Tewksbury | Hull | Brockton |
| Becket | Northampton | Buzzards Bay | Brockton | Fairhaven | Brockton | Huntington | Northampton |
| Bedford | Tewksbury | Byfield | Tewksbury | Fall River | Brockton | Hyannis | Brockton |
| Belchertown | Northampton | Cambridge | Boston | Falmouth | Brockton | Hyde Park | Boston |
| Bellingham | Worcester | Canton | Worcester | Fenway | Boston | Ipswich | Tewksbury |
| Belmont | Tewksbury | Carlisle | Tewksbury | Fiskdale | Worcester | Jamaica Plain | Boston |
| Berkeley | Brockton | Carver | Brockton | Fitchburg | Worcester | Jefferson | Worcester |
| Berlin | Worcester | Charlemont | Northampton | Florida | Northampton | Kingston | Brockton |
| Bernardston | Northampton | Charlestown | Boston | Foxborough | Worcester | Lakeville | Brockton |
| Beverly | Tewksbury | Charlton | Worcester | Framingham | Worcester | Lancaster | Worcester |
| Billerica | Tewksbury | Chatham | Brockton | Franklin | Worcester | Lanesborough | Northampton |
| Blackstone | Worcester | Chelmsford | Tewksbury | Freetown | Brockton | Lawrence | Tewksbury |
| Blandford | Northampton | Chelsea | Boston | Gardner | Worcester | Lee | Northampton |
| Bolton | Worcester | Cherry Valley | Worcester | Gay Head | Brockton | Leicester | Worcester |
| Bondsville | Northampton | Cheshire | Northampton | Georgetown | Tewksbury | Lenox | Northampton |
| Boston - Allston | Boston | Chester | Northampton | Gilbertville | Worcester | Leominster | Worcester |
| Boston - Back Bay | Boston | Chesterfield | Northampton | Gill | Northampton | Leverett | Northampton |
| Boston - Beacon Hill | Boston | Chicopee | Northampton | Gloucester | Tewksbury | Lexington | Tewksbury |
| Boston - Brighton | Boston | Chilmark | Brockton | Goshen | Northampton | Leyden | Northampton |
| Boston - Brookline | Boston | Clarksburg | Northampton | Gosnold | Brockton | Lincoln | Tewksbury |
| Boston - Cambridge | Boston | Clinton | Worcester | Grafton | Worcester | Linwood | Worcester |
| Boston-Charlestown | Boston | Cohasset | Brockton | Granby | Northampton | Littleton | Tewksbury |
| Boston - Chelsea | Boston | Colrain | Northampton | Granville | Northampton | Longmeadow | Northampton |
| Boston - Chinatown | Boston | Concord | Tewksbury | Great Barrington | Northampton | Lowell | Tewksbury |
| Boston - Dorchester | Boston | Conway | Northampton | Green Harbor | Brockton | Ludlow | Northampton |
| Boston - Downtown | Boston | Cotuit | Brockton | Greenfield | Northampton | Lunenburg | Worcester |
| Boston - East | Boston | Cummington | Northampton | Groton | Worcester | Lynn | Tewksbury |
| Boston - Fenway | Boston | Dalton | Northampton | Groveland | Tewksbury | Lynnfield | Tewksbury |

*Commonwealth du Massachusetts* *Département de la santé mentale – Department of Mental Health (DMH)*

***DEMANDE DE PRESTATIONS POUR ADULTE Édition d’octobre 2009*** *(révision d’octobre 2015)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ville ou  localité** | **Bureau du DMH** | **Ville ou  localité** | **Bureau du DMH** | **Ville ou  localité** | **Bureau du DMH** | **Ville ou localité** | **Bureau du DMH** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Malden | Tewksbury | North Truro | Brockton | Sandisfield | Northampton | Wales | Worcester |
| Manchester | Tewksbury | Northampton | Northampton | Sandwich | Brockton | Walpole | Worcester |
| Manomet | Brockton | Northborough | Worcester | Saugus | Tewksbury | Waltham | Tewksbury |
| Mansfield | Brockton | Northbridge | Worcester | Savoy | Northampton | Ware | Northampton |
| Marblehead | Tewksbury | Northfield | Northampton | Scituate | Brockton | Wareham | Brockton |
| Marion | Brockton | Norton | Brockton | Seekonk | Brockton | Warren | Worcester |
| Marlborough | Worcester | Norwell | Brockton | Sharon | Worcester | Warwick | Northampton |
| Marshfield | Brockton | Norwood | Worcester | Sheffield | Northampton | Washington | Northampton |
| Marston Mills | Brockton | Oak Bluffs | Brockton | Shelburne | Northampton | Watertown | Tewksbury |
| Martha’s Vineyard | Brockton | Oakham | Worcester | Sherborn | Worcester | Wayland | Worcester |
| Mashpee | Brockton | Onset | Brockton | Shirley | Worcester | Webster | Worcester |
| Mattapan | Boston | Orange | Northampton | Shrewsbury | Worcester | Wellesley | Worcester |
| Mattapoisett | Brockton | Orleans | Brockton | Shutesbury | Northampton | Wellfleet | Brockton |
| Maynard | Tewksbury | Osterville | Brockton | Somerset | Brockton | Wendell | Northampton |
| Medfield | Worcester | Otis | Northampton | Somerville | Boston | Wenham | Tewksbury |
| Medford | Tewksbury | Oxford | Worcester | South Boston | Boston | West Barnstable | Brockton |
| Medway | Worcester | Palmer | Northampton | South Hadley | Northampton | West Boylston | Worcester |
| Melrose | Tewksbury | Paxton | Worcester | South Wellfleet | Brockton | West Bridgewater | Brockton |
| Mendon | Worcester | Peabody | Tewksbury | South Yarmouth | Brockton | West Brookfield | Worcester |
| Merrimac | Tewksbury | Pelham | Northampton | Southampton | Northampton | West Newbury | Tewksbury |
| Methuen | Tewksbury | Pembroke | Brockton | Southborough | Worcester | West Roxbury | Boston |
| Middleborough | Brockton | Pepperell | Worcester | Southbridge | Worcester | West Springfield | Northampton |
| Middlefield | Northampton | Peru | Northampton | Southwick | Northampton | West Stockbridge | Northampton |
| Middleton | Tewksbury | Petersham | Northampton | Spencer | Worcester | West Tisbury | Brockton |
| Milford | Worcester | Phillipston | Northampton | Springfield | Northampton | West Yarmouth | Brockton |
| Millbury | Worcester | Pittsfield | Northampton | Sterling | Worcester | Westborough | Worcester |
| Millers Falls | Northampton | Plainfield | Northampton | Stockbridge | Northampton | Westfield | Northampton |
| Millis | Worcester | Plainville | Worcester | Stoneham | Tewksbury | Westford | Tewksbury |
| Millville | Worcester | Plymouth | Brockton | Stoughton | Brockton | Westhampton | Northampton |
| Milton | Brockton | Plympton | Brockton | Stow | Tewksbury | Westminster | Worcester |
| Monroe | Northampton | Pocasset | Brockton | Sturbridge | Worcester | Weston | Worcester |
| Monson | Northampton | Princeton | Worcester | Sudbury | Worcester | Westport | Brockton |
| Montague | Northampton | Provincetown | Brockton | Sunderland | Northampton | Westwood | Worcester |
| Monterey | Northampton | Quincy | Brockton | Sutton | Worcester | Weymouth | Brockton |
| Montgomery | Northampton | Randolph | Brockton | Swampscott | Tewksbury | Whately | Northampton |
| Mt Washington | Northampton | Raynham | Brockton | Swansea | Brockton | White Horse Bch | Brockton |
| Nahant | Tewksbury | Reading | Tewksbury | Taunton | Brockton | Whitinsville | Worcester |
| Nantucket | Brockton | Rehoboth | Brockton | Teaticket | Brockton | Whitman | Brockton |
| Natick | Worcester | Revere | Boston | Templeton | Worcester | Wilbraham | Northampton |
| Needham | Worcester | Richmond | Northampton | Tewksbury | Tewksbury | Williamsburg | Northampton |
| New Ashford | Northampton | Rochdale | Worcester | Thorndike | Northampton | Williamstown | Northampton |
| New Bedford | Brockton | Rochester | Brockton | Three Rivers | Northampton | Wilmington | Tewksbury |
| New Braintree | Worcester | Rockland | Brockton | Tisbury | Brockton | Winchendon | Worcester |
| New Marlborough | Northampton | Rockport | Tewksbury | Tolland | Northampton | Winchester | Tewksbury |
| New Salem | Northampton | Roslindale | Boston | Topsfield | Tewksbury | Windsor | Northampton |
| Newbury | Tewksbury | Rowe | Northampton | Townsend | Worcester | Winthrop | Boston |
| Newburyport | Tewksbury | Rowley | Tewksbury | Truro | Brockton | Woburn | Tewksbury |
| Newton | Worcester | Roxbury | Boston | Turners Falls | Northampton | Wollaston | Brockton |
| Norfolk | Worcester | Royalston | Northampton | Tyngsborough | Tewksbury | Woods Hole | Brockton |
| North Adams | Northampton | Russell | Northampton | Tyringham | Northampton | Worcester | Worcester |
| North Andover | Tewksbury | Rutland | Worcester | Upton | Worcester | Worthington | Northampton |
| North Attleboro | Brockton | Sagamore | Brockton | Uxbridge | Worcester | Wrentham | Worcester |
| North Brookfield | Worcester | Salem | Tewksbury | Vineyard Haven | Brockton | Yarmouth | Brockton |
| North Reading | Tewksbury | Salisbury | Tewksbury | Wakefield | Tewksbury | Yarmouthport | Brockton |

*Commonwealth du Massachusetts* *Département de la santé mentale – Department of Mental Health (DMH)*

***DEMANDE DE PRESTATIONS POUR ADULTE Édition d’octobre 2009*** *(révision d’octobre 2015)*

**Appartenance raciale et ethnique**

Le DMH recueille ces données d’appartenance raciale et ethnique pour offrir des services personnalisés adaptés à la culture et à la langue des demandeurs. Ces données aident aussi le DMH à se conformer aux normes et règlements en vigueur et à planifier la réponse aux besoins non satisfaits.

Les renseignements sur l’appartenance raciale et ethnique sont facultatifs. Votre décision de les donner ou non n’aura aucun effet sur votre demande de prestations du DMH.

Vous pouvez utiliser les options ci-dessous pour remplir la partie « appartenance raciale et ethnique » de la *Demande de prestations pour adultes*. Les personnes ayant plus d’une appartenance raciale ou ethnique sont invitées à indiquer chacune d’elles sur le formulaire.

**APPARTENANCE RACIALE**

Les désignations ci-dessous sont celles du gouvernement fédéral.

|  |
| --- |
| **Options d’appartenance raciale** |
| Noir **OU** afro-américain |
| Asiatique |
| Noir hispano-américain |
| Autochtone d’Amérique (Alaska compris) |
| Choisit de ne pas indiquer d’appartenance |
| Autre |
| Autochtone des îles du Pacifique (Hawaii comprise) |
| Deux appartenances raciales ou plus |
| Indéterminée |
| Blanc hispano-américain |
| Blanc non hispano-américain |

**APPARTENANCE ETHNIQUE**

Par définition, l’ethnie est l’ensemble des gens avec qui vous partagez une origine nationale, une histoire, une ascendance, une langue ou des coutumes et un vécu culturel. La liste ci-dessous donne des exemples d’appartenance ethnique, sans se vouloir exhaustive.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Exemples d’appartenance ethnique** | | |
| Albanais | Grec | Pakistanais |
| Américain des États-Unis | Guatémaltèque | Péruvien |
| Arménien | Haïtien | Panaméen |
| Bhoutanais | Hispano-américain, autre | Polonais |
| Bosniaque | Hmong | Portugais |
| Brésilien | Hondurien | Portoricain |
| Birman | Indien | Russe |
| Cambodgien | Iranien | Salvadorien |
| Canadien | Iraquien | Somalien |
| Capverdien | Irlandais | Thaïlandais |
| Chinois | Israélien | Tibétain |
| Colombien | Italien | Ukrainien |
| Congolais | Japonais | Indéterminée |
| Costaricain | Coréen | Vénézuélien |
| Dominicain | Laotien | Vietnamien |
| Égyptien | Libanais | Antillais ou caribéen |
| Érythréen | Mexicain |  |
| Éthiopien | Marocain | Deux appartenances ethniques ou plus |
| Philippin | Nigérian | Autre |
| Français | Nicaraguayen | Choisit de ne pas indiquer d’appartenance |

*Commonwealth du Massachusetts* *Département de la santé mentale – Department of Mental Health (DMH)*

***DEMANDE DE PRESTATIONS POUR ADULTE Édition d’octobre 2009*** *(révision d’octobre 2015)*

Nom  SSN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### (Nom de famille) (Prénom) (Autres prénoms dans l’ordre de l’état civil) (Numéro de sécurité sociale)

Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Numéro et rue) (Appartement) (Ville) (État) (Code postal)

Par quel moyen vous contacter ?   
(Veuillez cocher toutes les réponses pertinentes et indiquer votre numéro de téléphone ou adresse électronique.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Téléphone (journée) | ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Pouvons-nous laisser un message ? Oui  Non |
|  | Téléphone (soirée) | ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Pouvons-nous laisser un message ? Oui  Non |
|  | Téléphone mobile | ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Pouvons-nous laisser un message ? Oui  Non |
|  | Courriel |  | Pouvons-nous laisser un message ? Oui  Non |

Date de naissance / / Âge Sexe Race Ethnie Situation de famille \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MM DD YYYY *(Facultatif)* *(Facultatif)*

Langue préférée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parlez-vous anglais ? Oui  Non

Êtes-vous sourd(e) ou malentendant(e) ? Oui  Non  Avez-vous besoin d’un interprète ? Oui  Non

Avez-vous servi dans les forces armées ? Oui  Non  Ne sais pas

Personne à appeler en cas d’urgence  Nº de téléphone

(Nom de famille) (Prénom)

*Veuillez joindre une Autorisation de communiquer des renseignements personnels (ACR).*

**Informations sur la tutelle**

Avez-vous un tuteur légal désigné par un tribunal ? Oui  Non  Si oui, de quel type ?

*Si oui, veuillez joindre une copie du jugement de mise sous tutelle. Le tuteur légal doit signer la demande et toutes les autorisations de communiquer des renseignements personnels (ACR) pour permettre le traitement de la demande.*

Nom du tuteur légal Lien avec le demandeur

(Nom de famille) (Prénom) (Lien avec le demandeur)

Adresse du tuteur (Numéro et rue) (Appartement) (Ville) (État) (Code postal)

Par quel moyen contacter le tuteur ?   
(Veuillez cocher toutes les réponses pertinentes et indiquer votre numéro de téléphone ou adresse électronique.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Téléphone (journée) | ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Pouvons-nous laisser un message ? Oui  Non |
|  | Téléphone (soirée) | ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Pouvons-nous laisser un message ? Oui  Non |
|  | Téléphone mobile | ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Pouvons-nous laisser un message ? Oui  Non |
|  | Courriel | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_ | Pouvons-nous laisser un message ? Oui  Non |

# Assurance maladie

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pas d’assurance maladie | |  | Medicare |  | One Care |  | Medicare/Medicaid |  | |
| Demande d’assurance maladie en instance | | | Veuillez préciser quelle assurance : | | | | | | |
| Medicaid/MassHealth | | | Type : | | | | | | |
| Si le demandeur est couvert par MassHealth et a moins de 21 ans,  est-il actuellement inscrit à des prestations de la CBHI\* *(traitement à domicile, coordination des soins, etc.) ?*  Oui  Non | | | | | | | | | |
| Veuillez préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |  |
| Assurance privée : | Veuillez préciser quelle assurance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |

# Source de revenus

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Emploi |  | SSI\* |  | Sécurité sociale |  | Famille |  |
| Sans revenus |  | SSDI\* |  | Aide d’urgence |  | Autre | Veuillez préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*Commonwealth du Massachusetts* *Département de la santé mentale – Department of Mental Health (DMH)*

***DEMANDE DE PRESTATIONS POUR ADULTE Édition d’octobre 2009*** *(révision d’octobre 2015)*

**Informations sur le diagnostic**

Avez-vous actuellement des troubles mentaux diagnostiqués par un psychiatre ? Oui  Non  Ne sais pas

|  |  |
| --- | --- |
| Si oui, veuillez indiquer tous les diagnostics connus : |  |
|  | |
|  | |

**Situation actuelle**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Séjournez-vous actuellement dans un hôpital ? | | | | |  | Oui | | Non | Si oui, à quel endroit ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Êtes-vous actuellement sans-abri ? | | | | |  | Oui | | Non | Organisme intervenant, le cas échéant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Êtes-vous actuellement incarcéré ? | | | | |  | Oui | | Non | Si oui, à quel endroit ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Êtes-vous en sursis ou en liberté surveillée ? | | | | |  | Oui | | Non | Si oui, nom de l’agent de probation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| S’agit-il d’une orientation au titre du chapitre 688 ? | | | | |  | Oui | | Non | Si oui, indiquer la LEA\* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | Avez-vous actuellement des liens avec une autre agence de l’État ? Oui  Non  Ne sais pas | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Si oui, avec quelle agence ? (Cochez toutes les réponses pertinentes) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DCF\* | | DDS\* |  | EOEA\* | | | DPH\* | | | DYS\* | | MRC\* | | MCDHH\* | | MCB\* | VA\* |
|  | Si vous êtes parent ou beau-parent, est-ce que des enfants vivent avec vous ? | | | | | | | | | | Oui | | Non | | Sans objet | | |

Principal prestataire de soins de santé mentale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Veuillez indiquer qui vous dispense vos soins de santé mentale habituels. En l’absence de prestataire habituel, indiquer dans cette rubrique votre plus récent prestataire de soins de santé mentale. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Principal prestataire de soins de santé mentale : | | |  | | | | | | | Prestataire actuel ? | | | Oui | | | Non | |
|  |  | | (Nom de famille) | | | (Prénom) | | | |  | | | | | | | |
| Adresse |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | (Numéro et rue) | | | | (Apt) | | | | (Ville) | | (État) | | | | (Code postal) | | |
| Numéro de téléphone | | ( ) | |  | | | Poste : |  | | | |  | | | | | |

# Autres soutiens

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Nom | Lien(thérapeute, famille, prêtre, etc.) | Adresse | Téléphone | ACR ? |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Commonwealth du Massachusetts* *Département de la santé mentale – Department of Mental Health (DMH)*

***DEMANDE DE PRESTATIONS POUR ADULTE*** ***Première publication en octobre 2009*** *(révisée en octobre 2015)*

#### Santé physique générale :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Veuillez indiquer qui vous dispense vos soins médicaux habituels. En l’absence de prestataire habituel, indiquer dans cette rubrique votre plus récent prestataire de soins médicaux. | | | | | | | | | | | | |
| Principal prestataire  de soins médicaux | | |  | | | | Prestataire actuel ? | | | | Oui | Non |
|  |  | | (Nom de famille) | | (Prénom) | |  | | | | | |
| Adresse du prestataire  de soins médicaux : | | |  | | | |  | | | | | |
|  |  | | (Numéro et rue) (Appartement) | | | | (Ville) (État) (Code postal) | | | | | |
| Numéro de téléphone | | ( ) | |  | |  | | | Poste : | | | |
|  | | | | | |  | |  | |  | | |
| Avez-vous des problèmes médicaux nécessitant des soins réguliers ? | | | | | | Oui | | Non | | Ne sais pas | | |
|  | | | | | |  | |  | |  | | |
| Avez-vous déjà fait l’objet d’un diagnostic de troubles neurologiques ? | | | | | | Oui | | Non | | Ne sais pas | | |
| Si oui, veuillez décrire vos troubles médicaux ou neurologiques actuels : | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

**Médicaments**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Prenez-vous des médicaments en ce moment ? | Oui | | Non | Ne sais pas |
| Si oui, veuillez dresser la liste de ces médicaments avec leurs posologies : |  | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Si oui, qui vous prescrit ces médicaments en ce moment ? | |  | | |
|  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pourquoi déposez-vous cette demande de prestations ?  (Cochez toutes les réponses pertinentes et ajoutez vos propres raisons dans l’espace ci-dessous.) | | |
| Je reçois des prestations de santé mentale en consultation externe, mais je pense avoir besoin. d’une assistance supplémentaire. |  | |
| Je ne reçois pas de prestations de santé mentale et je pense que j’en ai besoin. |  | |
| D’autres personnes pensent que je pourrais en avoir besoin. |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| De quel type de prestations pensez-vous avoir besoin ? |  |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

*Commonwealth du Massachusetts* *Département de la santé mentale – Department of Mental Health (DMH)*

***DEMANDE DE PRESTATIONS POUR ADULTE Édition d’octobre 2009*** *(révision d’octobre 2015)*

#### **DÉTERMINATION DE L’AUTORISATION À RECEVOIR DES PRESTATIONS PAR L’INTERMÉDIAIRE DU DMH**

|  |
| --- |
| Nom du demandeur: |

1. Je demande au département de la santé mentale (DMH) de déterminer si je remplis les conditions d’autorisation à recevoir ses prestations. Je joins à cette demande les formulaires d’*Autorisation de communiquer des renseignements* qui pourraient être requis. Je comprends que le DMH recueillera et examinera mes dossiers médicaux dans le cadre du processus de détermination. Je comprends que mon nom et les renseignements me concernant seront enregistrés dans un système de gestion de dossiers du DMH.
2. Le DMH pourra demander un entretien en personne ou une évaluation clinique si les dossiers cliniques disponibles ne sont pas suffisants pour parvenir à une décision.
3. Je devrais communiquer des informations sur mes revenus et mes assurances, et le coût des prestations pourra être à ma charge en fonction de mes moyens financiers.
4. Je comprends qu’il est possible de faire appel de la décision lorsqu’il est déterminé que le demandeur ne remplit pas les critères requis pour recevoir les prestations du DMH.
5. J’ai reçu un exemplaire de l’*Avis relatif aux pratiques de protection des renseignements personnels* du DMH (joint à cette demande de prestations).
6. J’autorise le DMH à communiquer au sujet de ma demande avec les personnes désignées ci-dessous, qui m’ont apporté leur aide pour la déposer. Cette autorisation est valide jusqu’à ce que le traitement de ma demande soit achevé ou que je la retire par avis écrit au DMH.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du demandeur ou du tuteur légal Nom du demandeur (en lettres d’imprimerie) Date de signature

# PERSONNE AIDANT LE DEMANDEUR

Cette partie est à remplir par le prestataire ou l’autre personne aidant le demandeur à déposer la demande.

Nom Lien

(Nom de famille) (Prénom) (Lien avec le demandeur)

Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Numéro et rue) (Appartement) (Ville) (État) (Code postal)

Téléphone ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Journée  Soirée  Mobile

**PROGRAMME OU ÉTABLISSEMENT DÉPOSANT LA DEMANDE AU NOM DU DEMANDEUR**

Cette partie est à remplir par le programme ou établissement déposant la demande au nom du demandeur.

Nom du programme ou de l’établissement Nom du demandeur

Le demandeur a été informé le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ qu’une demande était en train d’être déposée en son nom et il ne s’y est pas opposé.

Les capacités du demandeur sont déficientes et une demande de mise en tutelle a été déposée auprès du tribunal compétent (une copie de la demande est jointe aux présentes)

Votre nom (en lettres d’imprimerie) Vos signature et qualité

**FORMULAIRES D’AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Dans le cadre du processus de détermination lancé en réponse à la demande de prestations, le DMH examinera tous les dossiers relatifs aux soins de santé mentale dispensés au demandeur. Veuillez remplir et signer les formulaires d’*Autorisation de communiquer des renseignements* requis et les joindre à cette demande.

1. Pour cela, veuillez joindre **un formulaire pour chaque prestataire** de soins de santé mentale. Si les soins de santé mentale sont dispensés dans un centre clinique, veuillez désigner un prestataire de soins principal pour celui-ci.
2. Par ailleurs, veuillez déposer un formulaire d’*Autorisation de communiquer des renseignements* pour chaque source d’informations cliniques que le demandeur souhaite voir prises en compte dans le processus de détermination.
3. Veuillez vérifier l’exactitude des nom, adresse et numéro de téléphone du prestataire sur chaque formulaire d’autorisation. L’exactitude des noms, adresses et numéros de téléphone accélère le processus.

**Combien de formulaires d’*Autorisation de communiquer des renseignements*** **sont joints à cette demande ?**

Le DMH examinera aussi les dossiers médicaux que le demandeur ou ses aidants pourraient avoir en leur possession et souhaiteraient voir pris en compte.

1. Veuillez remplir et signer un formulaire d’*Autorisation de communiquer des renseignements* pour chaque dossier médical joint à cette demande, pour le cas où le personnel du DMH aurait besoin de clarifier les informations qu’il contient.
2. N’envoyez pas les originaux des dossiers médicaux, car les exemplaires reçus ne pourront pas être restitués.

**Combien de copies de dossiers médicaux sont jointes à cette demande ?**

*Commonwealth du Massachusetts* *Département de la santé mentale – Department of Mental Health (DMH)*

***DEMANDE DE PRESTATIONS POUR ADULTE Édition d’octobre 2009*** *(révision d’octobre 2015)*

**\* Abréviations anglaises figurant dans ce formulaire**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CBHI | Children's Behavioral Health Initiative | Initiative pour la santé comportementale des enfants |
| DCF | Department of Children and Families | Département de l’enfance et de la famille |
| DDS | Department of Developmental Services | Département des services aux personnes atteintes d'un handicap de développement |
| DPH | Department of Public Health | Département de la santé publique |
| DYS | Department of Youth Services | Département des services à la jeunesse |
| EOEA | Executive Office of Environmental Affairs | Direction des affaires environnementales |
| LEA | Local Education Authority | Commission scolaire locale |
| MCB | Massachusetts Commission for the Blind | Commission des services aux aveugles du Massachusetts |
| MCDHH | Massachusetts Commission for the Deaf and Hard of Hearing | Commission des services aux sourds et malentendants du Massachusetts |
| MRC | Massachusetts Rehabilitation Commission | Commission de réadaptation du Massachusetts |
| SSDI | Social Security Disability Insurance | Assurance invalidité de la Sécurité sociale |
| SSI | Supplemental Security Income | Revenu supplémentaire de sécurité |
| VA | Veterans Affairs | Département des Anciens combattants |

COMMONWEALTH DU MASSACHUSETTS

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ MENTALE – DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

# *Autorisation de communiquer des renseignements*

## Bilatérale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom :**  **Adresse :** | | **Autre(s) nom(s) :**  **Téléphone :** |
| **Numéro de sécurité sociale :** |  | **Date de naissance :** |

***J’autorise le département de la santé mentale (DMH) à recevoir des renseignements me concernant de la part de la personne, de l’organisation ou de l’établissement désigné ci-dessous et à lui communiquer de tels renseignements, de vive voix ou par écrit, comme indiqué dans cette autorisation.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       **À l’attention de :** | **Téléphone :** |
| **Rue :**        **Ville ou localité :**       **État :**       **Code postal :** | |

***Coordonnées du DMH :***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**  **Adresse :** | **Téléphone :** |

***La personne remplissant ce formulaire doit préciser la ou les dates des renseignements demandés. Veuillez noter qu’une demande de communication de notes de psychothérapie ne peut pas être combinée avec un autre type de demande.***

***Préciser les renseignements à communiquer :***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Intégralité du dossier | Compte rendu d’hospitalisation | Évaluations | Plans de traitement |
| Documents d’admission | Compte rendu de transfert | Tests et évaluations | Notes de psychothérapie |
| Plans de prestations individuels et plans d’action individuels | Examen physique | Résultats d’analyses de laboratoire | Consultations  (indiquer le nom du praticien) |
| Notes de psychiatrie | Tests neuropsychologiques | Autres  (préciser ci-dessous) |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**But de l’autorisation (cocher obligatoirement une case) :**

La personne concernée par les renseignements ou son représentant légal est à l’origine de la demande d’autorisation (pas d’objet particulier requis)

**ou**

Coordination des soins  Simplification de la facturation

Adressage à un prestataire  Obtention d’une assurance, d’un financement ou d’autres prestations

Autre objet (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Une copie de cette autorisation sera considérée comme valant l’original.**

Autorisation de communiquer des renseignements du DMH – Bilatérale Page 1 / 2

HIPAA-F-4 (révision du 15 mars 2015)

COMMONWEALTH DU MASSACHUSETTS

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ MENTALE – DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

# *Autorisation de communiquer des renseignements*

**Bilatérale (suite)**

**Nom de la personne, de l’organisation ou de l’établissement autre que le DMH devant recevoir ou communiquer les renseignements :**

Je comprends que j’ai le droit de retirer cette autorisation à tout moment. Si je souhaite retirer cette autorisation, je dois le faire par avis écrit remis au DMH à l’adresse indiquée sur la première page. Je comprends que le retrait ne s’appliquera pas aux renseignements déjà communiqués au titre de cette autorisation. Je comprends également que ce retrait ne s’appliquera pas à ma société d’assurance lorsque la loi donne à mon assureur le droit de contester une demande au titre de ma police. Cette autorisation expire \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (préciser une date, un délai ou un événement) ou, à défaut, lorsque je ne recevrai plus de prestations de la part du DMH. Je comprends qu’une fois que les renseignements susmentionnés sont communiqués à une personne, à une organisation ou à un établissement à l’extérieur du DMH, il est possible que le destinataire les communique à son tour et qu’ils ne soient pas protégés par la réglementation fédérale ou d’État en matière de protection des renseignements personnels. Je comprends que l’autorisation d’utiliser ou de communiquer les renseignements susmentionnés est facultative. Je n’ai pas besoin de signer ce formulaire pour recevoir un traitement ou des prestations de la part du DMH ou des autres personnes, organisations ou établissements susmentionnés. Cependant, l’incapacité de partager ou d’obtenir des renseignements peut empêcher le DMH ou ces autres personnes, organisations ou établissements de me dispenser des soins nécessaires et appropriés.

**X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du signataire (en lettres d’imprimerie)

LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS SONT REQUIS LORSQUE LE FORMULAIRE EST SIGNÉ PAR UN REPRÉSENTANT LÉGAL

Type d’autorité (désigné par un tribunal, parent gardien, etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Communications de renseignements autorisées à titre spécial (**parapher la ou les réponses pertinentes**)

**\_\_\_\_** Si mon dossier médical contient des **informations relatives à un traitement pour alcoolisme ou toxicomanie** qui sont protégées par la réglementation fédérale (Code of Federal Regulations, 42 CFR, Part 2, I), j’autorise expressément leur communication.

**\_\_\_\_** Si mon dossier médical contient des **informations relatives au dépistage des anticorps et des antigènes du VIH** qui sont protégées par les Lois-cadres du Massachusetts (*General Laws of Massachusetts*, chapitre 111A, §70F), à un diagnostic de sida ou de séropositivité pour le VIH ou à un traitement pour ce qui précède, j’autorise expressément leur communication.

**X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal Date

**INSTRUCTIONS :**

1. Ce formulaire doit être rempli dans son intégralité pour être considéré comme valide.

2. Distribution des exemplaires : original au dossier approprié du DMH ; copie à la personne concernée ou à son représentant légal ; copie à la personne, à l’organisation ou à l’établissement faisant l’objet de l’autorisation.

Autorisation de communiquer des renseignements du DMH – Bilatérale Page 2 / 2

HIPAA-F-4 (révision du 15 mars 2015)

COMMONWEALTH DU MASSACHUSETTS

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ MENTALE – DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

# *Autorisation de communiquer des renseignements*

## Bilatérale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom :**  **Adresse :** | | **Autre(s) nom(s) :**  **Téléphone :** |
| **Numéro de sécurité sociale :** |  | **Date de naissance :** |

***J’autorise le département de la santé mentale (DMH) à recevoir des renseignements me concernant de la part de la personne, de l’organisation ou de l’établissement désigné ci-dessous et à lui communiquer de tels renseignements, de vive voix ou par écrit, comme indiqué dans cette autorisation.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       **À l’attention de :** | **Téléphone :** |
| **Rue :**        **Ville ou localité :**       **État :**       **Code postal :** | |

***Coordonnées du DMH :***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**  **Adresse :** | **Téléphone :** |

***La personne remplissant ce formulaire doit préciser la ou les dates des renseignements demandés. Veuillez noter qu’une demande de communication de notes de psychothérapie ne peut pas être combinée avec un autre type de demande.***

***Préciser les renseignements à communiquer :***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Intégralité du dossier | Compte rendu d’hospitalisation | Évaluations | Plans de traitement |
| Documents d’admission | Compte rendu de transfert | Tests et évaluations | Notes de psychothérapie |
| Plans de prestations individuels et plans d’action individuels | Examen physique | Résultats d’analyses de laboratoire | Consultations  (indiquer le nom du praticien) |
| Notes de psychiatrie | Tests neuropsychologiques | Autres  (préciser ci-dessous) |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**But de l’autorisation (cocher obligatoirement une case) :**

La personne concernée par les renseignements ou son représentant légal est à l’origine de la demande d’autorisation (pas d’objet particulier requis)

**ou**

Coordination des soins  Simplification de la facturation

Adressage à un prestataire  Obtention d’une assurance, d’un financement ou d’autres prestations

Autre objet (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Une copie de cette autorisation sera considérée comme valant l’original.**

Autorisation de communiquer des renseignements du DMH – Bilatérale Page 1 / 2

HIPAA-F-4 (révision du 15 mars 2015)

COMMONWEALTH DU MASSACHUSETTS

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ MENTALE – DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

# *Autorisation de communiquer des renseignements*

**Bilatérale (suite)**

**Nom de la personne, de l’organisation ou de l’établissement autre que le DMH devant recevoir ou communiquer les renseignements :**

Je comprends que j’ai le droit de retirer cette autorisation à tout moment. Si je souhaite retirer cette autorisation, je dois le faire par avis écrit remis au DMH à l’adresse indiquée sur la première page. Je comprends que le retrait ne s’appliquera pas aux renseignements déjà communiqués au titre de cette autorisation. Je comprends également que ce retrait ne s’appliquera pas à ma société d’assurance lorsque la loi donne à mon assureur le droit de contester une demande au titre de ma police. Cette autorisation expire \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (préciser une date, un délai ou un événement) ou, à défaut, lorsque je ne recevrai plus de prestations de la part du DMH. Je comprends qu’une fois que les renseignements susmentionnés sont communiqués à une personne, à une organisation ou à un établissement à l’extérieur du DMH, il est possible que le destinataire les communique à son tour et qu’ils ne soient pas protégés par la réglementation fédérale ou d’État en matière de protection des renseignements personnels. Je comprends que l’autorisation d’utiliser ou de communiquer les renseignements susmentionnés est facultative. Je n’ai pas besoin de signer ce formulaire pour recevoir un traitement ou des prestations de la part du DMH ou des autres personnes, organisations ou établissements susmentionnés. Cependant, l’incapacité de partager ou d’obtenir des renseignements peut empêcher le DMH ou ces autres personnes, organisations ou établissements de me dispenser des soins nécessaires et appropriés.

**X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du signataire (en lettres d’imprimerie)

LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS SONT REQUIS LORSQUE LE FORMULAIRE EST SIGNÉ PAR UN REPRÉSENTANT LÉGAL

Type d’autorité (désigné par un tribunal, parent gardien, etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Communications de renseignements autorisées à titre spécial (**parapher la ou les réponses pertinentes**)

**\_\_\_\_** Si mon dossier médical contient des **informations relatives à un traitement pour alcoolisme ou toxicomanie** qui sont protégées par la réglementation fédérale (Code of Federal Regulations, 42 CFR, Part 2, I), j’autorise expressément leur communication.

**\_\_\_\_** Si mon dossier médical contient des **informations relatives au dépistage des anticorps et des antigènes du VIH** qui sont protégées par les Lois-cadres du Massachusetts (*General Laws of Massachusetts*, chapitre 111A, §70F), à un diagnostic de sida ou de séropositivité pour le VIH ou à un traitement pour ce qui précède, j’autorise expressément leur communication.

**X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal Date

**INSTRUCTIONS :**

1. Ce formulaire doit être rempli dans son intégralité pour être considéré comme valide.

2. Distribution des exemplaires : original au dossier approprié du DMH ; copie à la personne concernée ou à son représentant légal ; copie à la personne, à l’organisation ou à l’établissement faisant l’objet de l’autorisation.

Autorisation de communiquer des renseignements du DMH – Bilatérale Page 2 / 2

HIPAA-F-4 (révision du 15 mars 2015)

COMMONWEALTH DU MASSACHUSETTS

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ MENTALE – DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

# *Autorisation de communiquer des renseignements*

## Bilatérale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom :**  **Adresse :** | | **Autre(s) nom(s) :**  **Téléphone :** |
| **Numéro de sécurité sociale :** |  | **Date de naissance :** |

***J’autorise le département de la santé mentale (DMH) à recevoir des renseignements me concernant de la part de la personne, de l’organisation ou de l’établissement désigné ci-dessous et à lui communiquer de tels renseignements, de vive voix ou par écrit, comme indiqué dans cette autorisation.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       **À l’attention de :** | **Téléphone :** |
| **Rue :**        **Ville ou localité :**       **État :**       **Code postal :** | |

***Coordonnées du DMH :***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**  **Adresse :** | **Téléphone :** |

***La personne remplissant ce formulaire doit préciser la ou les dates des renseignements demandés. Veuillez noter qu’une demande de communication de notes de psychothérapie ne peut pas être combinée avec un autre type de demande.***

***Préciser les renseignements à communiquer :***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Intégralité du dossier | Compte rendu d’hospitalisation | Évaluations | Plans de traitement |
| Documents d’admission | Compte rendu de transfert | Tests et évaluations | Notes de psychothérapie |
| Plans de prestations individuels et plans d’action individuels | Examen physique | Résultats d’analyses de laboratoire | Consultations  (indiquer le nom du praticien) |
| Notes de psychiatrie | Tests neuropsychologiques | Autres  (préciser ci-dessous) |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**But de l’autorisation (cocher obligatoirement une case) :**

La personne concernée par les renseignements ou son représentant légal est à l’origine de la demande d’autorisation (pas d’objet particulier requis)

**ou**

Coordination des soins  Simplification de la facturation

Adressage à un prestataire  Obtention d’une assurance, d’un financement ou d’autres prestations

Autre objet (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Une copie de cette autorisation sera considérée comme valant l’original.**

Autorisation de communiquer des renseignements du DMH – Bilatérale Page 1 / 2

HIPAA-F-4 (révision du 15 mars 2015)

COMMONWEALTH DU MASSACHUSETTS

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ MENTALE – DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

# *Autorisation de communiquer des renseignements*

**Bilatérale (suite)**

**Nom de la personne, de l’organisation ou de l’établissement autre que le DMH devant recevoir ou communiquer les renseignements :**

Je comprends que j’ai le droit de retirer cette autorisation à tout moment. Si je souhaite retirer cette autorisation, je dois le faire par avis écrit remis au DMH à l’adresse indiquée sur la première page. Je comprends que le retrait ne s’appliquera pas aux renseignements déjà communiqués au titre de cette autorisation. Je comprends également que ce retrait ne s’appliquera pas à ma société d’assurance lorsque la loi donne à mon assureur le droit de contester une demande au titre de ma police. Cette autorisation expire \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (préciser une date, un délai ou un événement) ou, à défaut, lorsque je ne recevrai plus de prestations de la part du DMH. Je comprends qu’une fois que les renseignements susmentionnés sont communiqués à une personne, à une organisation ou à un établissement à l’extérieur du DMH, il est possible que le destinataire les communique à son tour et qu’ils ne soient pas protégés par la réglementation fédérale ou d’État en matière de protection des renseignements personnels. Je comprends que l’autorisation d’utiliser ou de communiquer les renseignements susmentionnés est facultative. Je n’ai pas besoin de signer ce formulaire pour recevoir un traitement ou des prestations de la part du DMH ou des autres personnes, organisations ou établissements susmentionnés. Cependant, l’incapacité de partager ou d’obtenir des renseignements peut empêcher le DMH ou ces autres personnes, organisations ou établissements de me dispenser des soins nécessaires et appropriés.

**X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du signataire (en lettres d’imprimerie)

LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS SONT REQUIS LORSQUE LE FORMULAIRE EST SIGNÉ PAR UN REPRÉSENTANT LÉGAL

Type d’autorité (désigné par un tribunal, parent gardien, etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Communications de renseignements autorisées à titre spécial (**parapher la ou les réponses pertinentes**)

**\_\_\_\_** Si mon dossier médical contient des **informations relatives à un traitement pour alcoolisme ou toxicomanie** qui sont protégées par la réglementation fédérale (Code of Federal Regulations, 42 CFR, Part 2, I), j’autorise expressément leur communication.

**\_\_\_\_** Si mon dossier médical contient des **informations relatives au dépistage des anticorps et des antigènes du VIH** qui sont protégées par les Lois-cadres du Massachusetts (*General Laws of Massachusetts*, chapitre 111A, §70F), à un diagnostic de sida ou de séropositivité pour le VIH ou à un traitement pour ce qui précède, j’autorise expressément leur communication.

**X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal Date

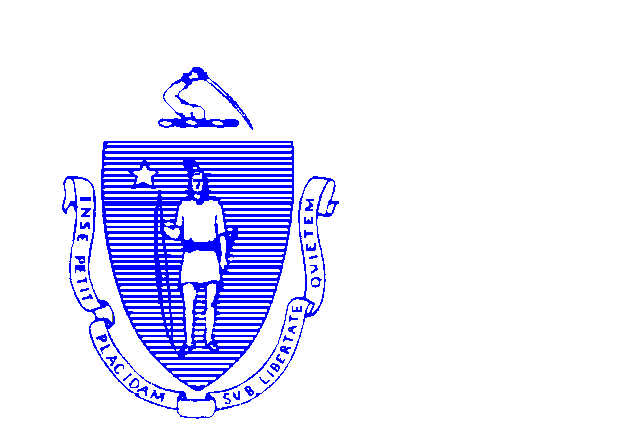
**INSTRUCTIONS :**

1. Ce formulaire doit être rempli dans son intégralité pour être considéré comme valide.

2. Distribution des exemplaires : original au dossier approprié du DMH ; copie à la personne concernée ou à son représentant légal ; copie à la personne, à l’organisation ou à l’établissement faisant l’objet de l’autorisation.

Autorisation de communiquer des renseignements du DMH – Bilatérale Page 2 / 2

HIPAA-F-4 (révision du 15 mars 2015)



Commonwealth du Massachusetts

Département de la santé mentale – Department of Mental Health (DMH)

##### Avis relatif aux pratiques de protection des données personnelles

CET AVIS EXPLIQUE COMMENT VOS DONNÉES MÉDICALES\*   
PEUVENT ÊTRE UTILISÉES ET COMMUNIQUÉES   
ET COMMENT VOUS POUVEZ Y ACCÉDER.

\* Données de santé protégées (Protected Health Information, ou PHI)

### VEUILLEZ LE LIRE ATTENTIVEMENT

### Date de cet avis : 15 décembre 2010

Version 6

French

# Protection des données personnelles

Le département de la Santé (DMH, pour *Department of Mental Health*) est tenu par les lois fédérales et d’État de maintenir la confidentialité de vos données de santé protégées. Ces données de santé protégées comprennent tous les renseignements sur votre santé physique ou mentale, les soins que vous recevez et le paiement de ces soins.

Le DMH est tenu par la loi de vous remettre cet avis pour vous indiquer de quelle manière il peut utiliser ou communiquer vos données de santé protégées et pour vous informer de vos droits en matière de protection des renseignements personnels. Le DMH doit suivre les pratiques exposées dans la version la plus récente de son *Avis relatif aux pratiques de protection des données personnelles*.

**Cet avis porte seulement sur l’utilisation et la communication des données de santé protégées. Il ne modifie pas les lois, règlements et politiques concernant le consentement éclairé préalable à un traitement**.

## Modifications de cet avis

Le DMH peut modifier à tout moment ses pratiques en matière de protection des données personnelles ainsi que les conditions de cet avis. Les modifications s’appliquent alors aux données de santé personnelles que le DMH possède déjà, ainsi qu’à celles qu’il recevra ultérieurement. La version la plus récente de l’avis de protection des données personnelles sera affichée dans les locaux du DMH et de ses programmes, figurera sur son site Web (www.mass.gov/dmh) et sera disponible sur demande. Chaque version de l’avis de la protection des données personnelles doit être datée.

**De quelle manière le DMH utilise-t-il et communique-t-il les données de santé personnelles ?**

Le DMH peut utiliser ou communiquer vos données de santé personnelles sans votre autorisation pour le traitement, pour le paiement et pour les opérations de gestion des soins de santé. Sinon, une autorisation écrite de votre part est requise, sauf en cas d’exception figurant dans l’avis.

Utilisations et communications pour le traitement, le paiement et les opérations de gestion des soins de santé

Les exemples suivants illustrent quelques-unes (mais pas la totalité) des utilisations et communications faites pour le traitement, pour le paiement ou pour les opérations de gestion des soins de santé.

**Pour le traitement** – Conformément à ses règlements et politiques, le DMH peut utiliser des données et les communiquer aux médecins, au personnel infirmier et aux prestataires de services (par exemple les interprètes) qui interviennent dans la prestation des soins de santé et des prestations connexes. Vos données de santé protégées seront utilisées pour statuer sur votre demande de prestations auprès du DMH, pour la mise au point de votre traitement ou de votre programme de soins, ainsi qu’à des fins d’évaluation et de bilan périodiques. Vos données de santé protégées peuvent être communiquées à d’autres médecins et à d’autres prestataires afin d’obtenir les ordonnances, analyses de laboratoire et autres prestations nécessaires pour vos soins. Le DMH communique vos données de santé protégées à ses prestataires de services lorsqu’il vous adresse à eux, puis pour assurer la coordination et l’exécution des prestations qu'ils vous dispensent en son nom.

**Pour le paiement** – Sous réserve des restrictions énoncées dans ses règlements et politiques, le DMH peut utiliser et communiquer vos données de santé protégées pour facturer les prestations de santé et pour recouvrer le paiement de celles-ci. Le DMH peut communiquer une partie de vos données de santé protégées au régime Medicaid ou Medicare ou à un autre tiers payant pour déterminer s’ils effectueront un paiement, pour obtenir leur accord préalable ou pour justifier une facture ou demande de remboursement.

**Pour les opérations de gestion des soins de santé** – Le DMH peut utiliser ou communiquer vos données de santé protégées pour des opérations telles que les suivantes : planification, gestion et administration, assurance qualité, réception et traitement des réclamations, programmes de conformité (comme celui de Medicare), audits, formation et qualification du personnel de santé, certification et accréditation des programmes de santé (notamment par l’organisme The Joint Commission).

**Rappels des rendez-vous**

Le DMH peut utiliser vos données de santé protégées pour vous rappeler un rendez-vous ou pour vous renseigner sur d’autres traitements possibles ou sur d’autres services et prestations de santé susceptibles de vous intéresser.

#### **Utilisations ou communications nécessitant une autorisation**

Le DMH est tenu d’avoir une autorisation écrite de vous ou d’une personne ayant le pouvoir légal de prendre des décisions de santé en votre nom pour utiliser ou communiquer vos données de santé protégées à d’autres fins que celles du traitement, du paiement ou des opérations de gestion des soins de santé, sauf lorsqu’une exception mentionnée ci-dessous s’applique. Vous pouvez annuler une autorisation à tout moment par avis écrit. Une annulation met fin aux utilisations ou communications ultérieures, sauf dans la mesure de ce que le DMH a déjà fait avec votre autorisation.

# Exceptions

* Pour les procédures d’internement ou de mise sous tutelle à laquelle le DMH est partie
* Pour les procédures judiciaires lorsque certains critères sont remplis
* Pour la protection des victimes de mauvais traitements ou de négligence
* Pour les besoins de la recherche, dans le cadre d’un contrôle interne rigoureux
* Si vous y consentez, de vive voix ou autrement, le DMH peut communiquer une quantité limitée de données de santé protégées aux fins suivantes :
* **Religion** – Votre appartenance religieuse peut être communiquée au clergé.
* **Famille et amis** – Le DMH peut leur communiquer des renseignements directement liés à leur participation à vos soins ou au paiement de vos soins.
* Pour les établissements pénitentiaires, si vous êtes en détention
* Pour les mesures de surveillance fédérale ou d’État, notamment en cas d’enquête pour fraude, de compte rendu d’incident ou d’actions de protection et de défense
* Lorsque la loi l’exige, ou pour les agents de la force publique ou de la sécurité nationale
* Pour la direction de la Santé et des Services sociaux (EOHHS) et ses agences, telles que MassHealth, DCF, DDS, DYS, DTA et DPH, dans le cadre de fonctions comme la délivrance des prestations, l’examen de l’admissibilité et la gestion des programmes
* Pour prévenir une menace grave et immédiate pour la sécurité ou la santé publique
* Pour les mesures de santé publique comme la surveillance des maladies et le recueil des données démographiques
* En cas de décès, pour les responsables des pompes funèbres et pour certains services de dons d’organes

# Vos droits

Vous (ou une personne ayant le pouvoir légal de prendre des décisions de santé en votre nom) avez le droit de :

* Demander que le DMH utilise une adresse particulière ou un numéro de téléphone particulier pour prendre contact avec vous. Le DMH n’est pas tenu d’accéder à votre demande.
* Obtenir, sur demande, un exemplaire imprimé de cet avis ou de toute révision de celui-ci, même si vous avez accepté de le recevoir par voie électronique.
* \*Passer en revue et copier les données de santé protégées pouvant servir à prendre des décisions concernant vos soins. Dans de rares circonstances, l’accès à vos dossiers peut être restreint. Si cet accès vous est refusé, dans certaines circonstances, vous pouvez demander le réexamen de ce refus. Les frais de copie et d’envoi pourront être à votre charge.
* \*Demander des ajouts ou des corrections à vos données de santé protégées. Le DMH n’est pas tenu d’accéder à une demande. S’il n’accède pas à votre demande, vous avez certains droits.
* \*Recevoir une liste des personnes ayant reçu vos données de santé protégées de la part du DMH (sauf pour les communications que vous avez autorisées ou approuvées, les communications effectuées pour le traitement, le paiement ou les opérations de gestion des soins de santé, ainsi que certaines communications requises).
* \*Demander à ce que le DMH restreigne sa façon d’utiliser ou de communiquer vos données de santé protégées. Le DMH n’est pas tenu d’accepter une restriction.

**\* Ces demandes doivent se faire par écrit.**

**Conservation des dossiers**

Vos dossiers personnels liés aux soins et prestations dispensés par le DMH seront conservés pendant au moins 20 ans à compter de la fin de votre hospitalisation ou des services de proximité pertinents. Après ce délai, vos dossiers seront détruits.

# Pour prendre contact avec le DMH ou pour déposer une plainte

Si vous souhaitez obtenir de plus amples informations sur les pratiques du DMH en matière de protection des données personnelles, si vous désirez exercer vos droits, si vous pensez que vos droits à la protection des renseignements personnels ont été enfreints ou si vous voulez déposer une plainte, vous pouvez prendre contact avec l’agent de la protection des renseignements personnels à l’adresse suivante : DMH Privacy Officer, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114. Téléphone : 617-626-8160. Télécopieur : 617 -626 -8131. Courriel : [PrivacyOfficer@dmh.state.ma.us](mailto:Brooke.Doyle@dmh.state.ma.us). Les plaintes doivent être déposées par écrit.

Pour obtenir davantage d’informations ou d’assistance, vous pouvez aussi vous adresser au bureau des dossiers médicaux d’un établissement du DMH (pour les dossiers de cet établissement), à un directeur de programme du DMH (pour les dossiers de ce programme), à votre bureau de proximité (pour les dossiers de prise en charge), ou à l’agent des droits de la personne de votre programme ou établissement.

Personne ne doit exercer de représailles contre vous pour avoir déposé une plainte ou exercé vos droits de la manière indiquée dans cet avis.

Vous pouvez aussi déposer une plainte auprès du secrétaire à la Santé et aux Services sociaux des États-Unis : **Secretary of Health and Human Services**, Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, JFK Federal Building, Room 1875, Boston, MA 02203.