

Commonwealth of Massachusetts
Department of Mental Health
Autorisation de communication d'
Notes de Psychothérapie
A Double Sens

1. Patient/Demandeur - Données

Prénom et nom: _____ Autres noms: _____
Rue: _____ No: _____
Ville/Commune: _____ Etat: _____ Code Postal: _____
N° de Sécurité Sociale: _____ Date de Naissance: _____
Téléphone: _____

2. Autorisation de Communication: J'autorise le Service de Santé Mentale (DMH) à recevoir et à communiquer des **Observations de Psychothérapie** soit de la part de/soit à l'intention de la Personne, l'Agence ou l'Institution nommée, par voix ou par écrit.

Personne, Agence ou Institution (c'est à dire nom et adresse de l'hôpital, du praticien de traitement ambulatoire, du programme résidentiel, etc.)
Nom: _____
A l'attention de: _____
Rue: _____
Ville/Commune: _____
Etat/Code Postal: _____
Téléphone: _____
Télécopie: _____

Contact au Service de Santé Mentale (DMH):
Nom: _____
Rue: _____
Ville/Commune: _____
Etat/Code Postal: _____
Téléphone: _____
Télécopie: _____
Courriel: _____

3. Dates des observations de psychothérapie que vous désirez faire part: (Préciser)

Dates des renseignements requis: A partir de: _____ Jusqu'à: _____

4. But de la Communication: (cocher obligatoirement)

- Usage Personnel Coordination de soins Recommandation Faciliter la facture
- Obtention d'assurance, de bénéfices financiers ou autres bénéfices
- Autre raison (préciser s'il vous plaît): _____

Je comprends que:

- J'ai le droit de révoquer cette autorisation à tout moment.
- Pour révoquer cette autorisation, je dois le faire par écrit et le présenter au DMH à l'adresse du DMH indiquée ci-dessus ou au bureau du DMH près de chez moi. (Trouver les bureaux locaux du DMH à www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; téléphonez au 1-800-221-0053; ou par courriel à dmhinfo@MassMail.State.MA.US).
- La révocation ne s'appliquera pas aux renseignements préalablement communiqués sous cette autorisation.
- La révocation ne s'appliquera pas à ma compagnie d'assurances quand la loi prévoit pour mon assureur le droit de contester une demande sous mon contrat.

