



# NYU Langone Health

## Avis sur les pratiques de confidentialité

### [NYU Langone Health Notice of Privacy Practices]

CET AVIS DÉCRIT LA MANIÈRE DONT LES INFORMATIONS MÉDICALES VOUS CONCERNANT PEUVENT ÊTRE UTILISÉES ET DIVULGUÉES, AINSI QUE LA MANIÈRE DONT VOUS POUVEZ Y AVOIR ACCÈS. LISEZ-LE ATTENTIVEMENT.

#### **Nous nous engageons à protéger votre vie privée**

NYU Langone Health s'engage à conserver le caractère privé et la confidentialité de vos informations de santé. Nous n'utiliserons et ne divulguons (partagerons) vos informations de santé que de la manière décrite dans cet avis. Nous vous demanderons de signer un accusé de réception de cet avis.

#### **Qui se conforme à cet avis**

Il s'agit d'un avis commun que tous les employés, le personnel médical, les stagiaires, les étudiants, les bénévoles et les agents de NYU Langone Health respectent dans les endroits suivants :

- Les NYU Langone Hospitals (y compris la NYU Winthrop Certified Home Health Agency)
- La NYU School of Medicine (y compris notre Faculty Group Practices)
- Les Family Health Centers à NYU Langone Health
- Le Southwest Brooklyn Dental Practice

Les NYU Langone Hospitals et la NYU School of Medicine participent à une entente en matière de soins de santé organisés (Organized Health Care Arrangement) avec les Family Health Centers de NYU Langone Health et le Southwest Brooklyn Dental Practice et ils peuvent utiliser et partager entre eux vos informations pour effectuer un traitement, un paiement et opérations de soins de santé en lien avec cette entente.

Si des professionnels de NYU Langone Health vous prodiguent un traitement ou des services au sein d'autres sites, par exemple au Manhattan VA Medical Center ou au Bellevue Hospital Center, l'avis sur les pratiques de confidentialité (Notice of Privacy Practices) que vous recevrez dans ces endroits s'appliquera.

#### **Utilisation et partage de vos informations**

Cette section décrit les différentes façons dont nous pouvons utiliser et partager vos informations. Nous vous contacterons habituellement à ces fins par téléphone, mais si vous nous avez donné votre adresse e-mail ou l'autorisation d'envoyer un message texte, nous pouvons vous contacter de cette façon.

# NYU Langone Health

## Avis sur les pratiques de confidentialité

### [NYU Langone Health Notice of Privacy Practices]

Nous utilisons et partageons vos informations principalement pour des activités liées aux traitements, aux paiements ou aux soins de santé. Cela signifie que nous utilisons et partageons vos informations de santé :

- avec d'autres professionnels de santé qui vous suivent ou avec une pharmacie qui exécute votre ordonnance ;
- avec votre régime d'assurance-maladie pour percevoir le paiement des services de soins de santé ou pour obtenir l'approbation préalable de votre traitement ; et
- pour gérer notre entreprise, améliorer vos soins, former nos professionnels et évaluer la performance des prestataires.

Parfois, nous pouvons partager vos informations avec nos partenaires commerciaux, comme un service de facturation, qui nous assistent dans nos activités commerciales. Tous nos partenaires commerciaux doivent protéger la confidentialité et la sécurité de vos informations de santé comme nous le faisons.

Nous pouvons également utiliser ou partager vos informations pour vous contacter :

- concernant des prestations ou des services liés à la santé ;
- concernant vos rendez-vous à venir ;
- pour déterminer si vous souhaitez participer à des projets de recherche ;
- à propos d'une collecte de fonds au bénéfice de NYU Langone Health.

Vous avez le droit de choisir de ne plus recevoir de communications relatives aux collectes de fonds. Vous pouvez le faire en contactant le Bureau de développement de NYU Langone Health (NYU Langone Health Development Office) à l'adresse [developmentoffice@nyumc.org](mailto:developmentoffice@nyumc.org) ou par téléphone au 212-404-3640 ou, sans frais, au 1-800-422-4483.

Si vous ne souhaitez pas être informé(e) des projets de recherche auxquels vous pourriez être en mesure de participer, vous pouvez écrire à [research-contact-optout@nyulangone.org](mailto:research-contact-optout@nyulangone.org) ou appeler le 1-855-777-7858.

Des protections particulières s'appliquent lorsque nous utilisons ou partageons des informations de santé sensibles. Cela comprend les informations liées au VIH, les informations relatives à la santé mentale, les informations relatives au traitement de l'alcoolisme ou la toxicomanie, ou les informations génétiques. Par exemple, dans le cadre de la loi de l'État de New York, les informations confidentielles liées au VIH ne peuvent être communiquées qu'à des personnes qui sont légalement autorisées à les recevoir, ou à des personnes qui sont autorisées à les recevoir en signant un formulaire d'autorisation spécifique. Si votre traitement implique ces informations, vous pouvez contacter le responsable de la confidentialité (Privacy Officer) pour plus d'explications.

# NYU Langone Health

## Avis sur les pratiques de confidentialité

### [NYU Langone Health Notice of Privacy Practices]

Nous sommes également autorisés à partager vos informations par d'autres moyens, et nous y sommes parfois tenus par la loi. Nous devons remplir certaines conditions prévues par la loi avant de pouvoir partager vos informations pour les raisons suivantes. Voici des exemples de chaque cas de figure :

- Santé et sécurité publiques : déclaration des maladies, naissances ou décès ; signalements de cas présumés de maltraitance, de négligence ou de violence domestique ; pour éviter une grave menace pour la santé ou la sécurité publique ; suivi des rappels de produits ; et communication d'informations à des fins de sécurité et de qualité
- Recherche : analyse des projets de dossier de santé qui ont été approuvés par notre comité de protection des personnes (CPP) et présentent un faible risque pour votre vie privée ; préparation d'une étude de recherche ; études n'impliquant que des informations de personnes décédées
- Procédures judiciaires et administratives : en réponse à une décision judiciaire ou administrative
- Indemnisation des accidentés du travail et autres demandes du gouvernement : paiement des demandes d'indemnisation des accidentés du travail ou audiences préliminaires ; organismes de surveillance de la santé pour les activités autorisées par la loi ; fonctions gouvernementales spéciales (militaires, sécurité nationale)
- Application de la loi : avec un responsable de l'application des lois afin d'identifier ou de trouver un suspect ou une personne disparue
- Se conformer à la loi : au ministère de la Santé et des Services sociaux (Department of Health and Human Services) pour établir si nous nous conformons à la loi fédérale sur la confidentialité
- Situation de secours en cas de catastrophe : partager votre localisation et localisation générale dans le but d'avertir votre famille, vos amis et les organismes agréés par les autorités pour porter assistance dans les situations d'urgence
- À des organisations qui gèrent les dons ou les greffes d'organe, de tissu ou d'œil
- À un coroner, médecin légiste ou entrepreneur de pompes funèbres au besoin dans l'exercice de leur travail
- De manière fortuite lors d'une utilisation ou d'une divulgation autorisée : appeler votre nom dans une zone d'attente pour un rendez-vous alors que d'autres personnes dans la zone d'attente pourraient entendre l'appel de votre nom. Nous faisons des efforts raisonnables pour limiter ces utilisations et divulgations fortuites.

Dans les situations suivantes, nous pouvons utiliser ou partager vos informations, sauf opposition de votre part ou si vous nous donnez spécifiquement l'autorisation. Si, pour certaines raisons, vous n'êtes pas en mesure de nous indiquer vos préférences, par exemple si vous êtes sans connaissance, nous pouvons partager vos informations si nous croyons que cela sert vos intérêts.

- Pour notre répertoire des patients, y compris à notre service d'aumônerie, comme un prêtre ou un rabbin.

# NYU Langone Health

## Avis sur les pratiques de confidentialité

### [NYU Langone Health Notice of Privacy Practices]

- Avec votre famille, vos amis ou d'autres personnes associées à vos soins ou au paiement de vos soins.

Dans les situations suivantes, nous utiliserons ou partagerons uniquement vos informations si vous nous en donnez l'autorisation :

- À des fins de commercialisation
- Vente de vos informations ou paiements reçus d'un tiers
- Partage majoritaire des observations de psychothérapie
- Toutes autres raisons non décrites dans cet avis

Vous pouvez annuler (reprendre) cette autorisation, sauf si nous l'avons déjà exploitée, en contactant le responsable de la confidentialité (Privacy Officer).

### **Vos droits**

S'agissant de vos informations de santé, vous avez certains droits. Vous pouvez :

- Examiner ou obtenir un exemplaire électronique ou papier de votre dossier médical, y compris les dossiers de facturation. Vous pourriez devoir payer des frais raisonnables basés sur les coûts pour l'obtention de vos dossiers. Nous vous informerons de tout retard. Vous disposez également d'un droit d'accès direct à vos informations de santé en utilisant notre portail sécurisé du patient, NYU Langone Health MyChart à l'adresse <https://mychart.nyulmc.org/>.
- Demander des communications confidentielles. Vous pouvez nous demander de vous contacter d'une certaine manière, par exemple, par téléphone portable. Nous répondrons « oui » à toutes les demandes raisonnables.
- Nous demander de limiter ce que nous utilisons ou partageons pour les activités liées à votre traitement, vos paiements et vos soins de santé. Nous ne sommes pas tenus d'accepter votre demande, mais nous l'examinerons. Lorsque vous payez des services qui restent à votre charge, en totalité, et que vous nous demandez de ne pas partager les informations avec votre régime d'assurance-maladie, nous y consentirons sauf si une loi nous oblige à partager ces informations.
- Nous demander de corriger votre dossier médical s'il est inexact ou incomplet. Nous pouvons répondre « non » à votre demande, nous vous en expliquerons la raison, par écrit, dans les 60 jours.
- Obtenir une liste de ceux avec qui nous avons partagé des informations. Vous pouvez demander une liste (relevé) des moments où nous avons partagé vos informations et des raisons pour les six années précédant votre demande. Toutes les informations divulguées ne seront pas incluses dans cette liste, comme celles faites pour les activités liées au traitement, aux paiements ou aux soins de santé. Vous avez le droit d'obtenir cette liste une fois tous les 12 mois sans frais, mais nous pouvons vous facturer les coûts liés à la fourniture de listes supplémentaires pendant cette période.

# NYU Langone Health

## Avis sur les pratiques de confidentialité

### [NYU Langone Health Notice of Privacy Practices]

- Obtenir un exemplaire de cet avis de confidentialité. Il suffit de nous en faire la demande et nous vous fournirons un exemplaire sur le support de votre choix (papier ou support électronique).
- Désigner une personne pour agir en votre nom. Ce « représentant personnel » peut exercer vos droits et faire des choix concernant vos informations de santé. En règle générale, les parents et les tuteurs des mineurs auront ce droit pour l'enfant, à moins que le mineur ne soit autorisé par la loi à agir en son nom propre.
- Déposer une plainte si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés. Vous pouvez contacter le responsable de la confidentialité (Privacy Officer) ou le secrétaire du ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis (Secretary of the United States Department of Health and Human Services). Nous n'userons pas de représailles, ni n'engagerons aucune action contre vous si vous déposez une plainte.
- Demander des protections de la confidentialité supplémentaires en ce qui concerne votre dossier médical électronique.

### **Nos responsabilités**

- Nous sommes tenus par la loi de préserver la confidentialité de vos données médicales protégées.
- Nous vous aviserons si un manquement se produit qui pourrait avoir compromis la confidentialité ou la sécurité des informations qui vous identifient.
- Nous devons suivre les pratiques décrites dans cet avis et vous en remettre un exemplaire.
- Nous nous réservons le droit de modifier les conditions générales du présent avis et les changements seront applicables à toutes les informations dont nous disposons vous concernant. Le nouvel avis sera disponible sur demande et sur notre site Web à l'adresse [www.nyulangone.org](http://www.nyulangone.org).

### **Questions ou préoccupations**

Pour toute question ou si vous souhaitez exercer vos droits décrits dans cet avis, veuillez contacter le responsable de la confidentialité (Privacy Officer) à l'adresse : One Park Avenue, 3<sup>rd</sup> Floor, New York, New York 10016, Attention: Responsable de la confidentialité (Privacy Officer), par téléphone au 1-877-PHI-LOSS ou 212-404-4079, ou par e-mail adressé à [compliancehelp@nyulangone.org](mailto:compliancehelp@nyulangone.org).

La plupart des demandes d'exercice de vos droits doivent être formulées par écrit au responsable de la confidentialité (Privacy Officer) ou au cabinet du médecin concerné ou au service hospitalier compétent. Pour plus d'informations ou pour obtenir un formulaire de demande, contactez le responsable de la confidentialité (Privacy Officer) ou rendez-vous sur le site <http://nyulangone.org/policies-disclaimers/hipaa-patient-privacy>.

Cet avis entre en vigueur le 01/08/2019.



## NYU Langone Health

### Avis sur les pratiques de confidentialité

#### [NYU Langone Health

#### Notice of Privacy Practices]

### FORMULAIRE D'ACCUSÉ DE RÉCEPTION DE L'AVIS SUR LES PRATIQUES DE CONFIDENTIALITÉ

### [NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGMENT FORM]

En signant ce formulaire, je reconnais avoir reçu un exemplaire de l'avis sur les pratiques de confidentialité (Notice of privacy practices) du NYU Langone Health.

[By signing this form, I acknowledge that I have received a copy of NYU Langone Health's Notice of Privacy Practices.]

Nom du patient [Patient Name] : \_\_\_\_\_

Signature [Signature] : \_\_\_\_\_ Date [Date] : \_\_\_\_\_

Nom du représentant personnel (le cas échéant) : \_\_\_\_\_  
[Personal Representative's Name (if applicable)]

Autorité du représentant personnel (par ex. : parent, tuteur, fondé de pouvoir en ce qui concerne les soins de santé) :  
[Personal Representative's Authority (e.g., parent, guardian, health care proxy)]

---

En vigueur le 01/08/2019.  
[Effective as of 08/01/2019.]