

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

LA PRÉSENTE DÉCLARATION DÉCRIT DE QUELLE FAÇON LES INFORMATIONS MÉDICALES SUR VOTRE SANTÉ PEUVENT ÊTRE UTILISÉES ET COMMUNIQUÉES AINSI QUE LA FAÇON DONT VOUS POUVEZ ACCÉDER AUXDITES INFORMATIONS. VEUILLEZ LA LIRE ATTENTIVEMENT.

Le programme Medicaid de New York est tenu de vous indiquer la manière dont il utilise, partage et protège vos données médicales. Le programme Medicaid de New York comprend le programme Medicaid classique et le régime de soins gérés Medicaid. Le programme est géré par le Département de la Santé de l'État de New York (New York State Department of Health, NYS DOH) et le Département local des Services sociaux (Local Departments of Social Services).

Vos données médicales sont confidentielles.

Nous sommes tenus d'assurer la confidentialité de vos informations, de les communiquer exclusivement si c'est nécessaire et de faire respecter les pratiques de confidentialité prévues par la présente déclaration. Nous devons nous efforcer en particulier de protéger le nom des personnes qui bénéficient de services pour le VIH/SIDA (HIV/AIDS) et des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme.

Quelles sont les données médicales dont dispose le programme Medicaid de New York ?

Quand vous avez fait la demande de Medicaid, il est possible que vous nous ayez fourni des informations à propos de votre santé. Lorsque vos médecins, cliniques, hôpitaux, régimes de soins gérés et autres prestataires de services de santé envoient des demandes de paiement, nous recevons également des informations concernant votre état de santé, vos traitements et les médicaments qui vous sont administrés.

Comment le programme Medicaid de New York utilise-t-il et partage-t-il vos données médicales ?

Nous devons communiquer vos données médicales si :

- **vous ou votre représentant demandez vos données médicales ;**
- **des agences gouvernementales demandent ces informations, conformément à la loi, comme pour les audits ;**
- **la loi exige que nous communiquions vos données.**

Dans votre demande pour Medicaid, vous avez donné au programme Medicaid de New York le droit d'utiliser et de communiquer vos données pour payer vos soins médicaux et faire fonctionner le programme. Par exemple, nous utilisons et communiquons vos données pour :

- **payer les factures de votre médecin, hôpital ou prestataires de soins ;**
- **nous assurer que vous bénéficiez de soins de qualité et que toutes les réglementations et les lois en vigueur sont respectées.**

Nous pouvons évaluer vos données médicales pour :

- **déterminer si la procédure médicale ou les équipements médicaux dont vous bénéficiez sont adaptés ;**
- **vous contacter à propos de changements importants concernant vos prestations de santé ;**
- **nous assurer que vous êtes inscrit(e) au régime de santé approprié ;**
- **collecter les paiements auprès d'autres compagnies d'assurance ;**
- **déterminer votre admissibilité au programme Medicare Partie D ou à d'autres programmes d'assurance qui pourraient être plus économiques pour vous.**

Nous pouvons également utiliser et communiquer vos données médicales dans des circonstances exceptionnelles pour :

- **étudier les services de santé.** Nous pouvons analyser les données médicales de nombreux consommateurs afin de trouver des moyens de fournir de meilleurs services de santé ;
- **éviter ou répondre à de graves problèmes de santé ou de sécurité pour vous ou votre communauté, si les lois fédérales et étatiques l'autorisent.**

Nous avons besoin de votre autorisation écrite pour d'autres utilisations et communications :

- **rapports de psychothérapie ;**
- **utilisation et communication de données médicales protégées à des fins de marketing, y compris la communication de traitements subventionnés ;**
- **la vente de vos données médicales protégées dans le cadre d'une communication.**

Nous devons avoir votre autorisation écrite pour utiliser ou communiquer vos données médicales à toute autre fin que celles citées dans la présente déclaration, sauf si les lois en vigueur l'exigent.

Quels sont vos droits ?

Vous et vos représentants avez le droit de :

- obtenir un exemplaire sur papier de la présente déclaration ;
- consulter ou obtenir une copie de vos données médicales. Si votre demande est refusée, vous avez le droit de demander la révision du refus ;
- demander la modification de vos données médicales. Nous étudierons toutes les demandes. Toutefois, nous ne pouvons pas modifier les factures envoyées par votre médecin, clinique, hôpital ou autre prestataire de soins ;
- demander de limiter notre utilisation et notre communication de vos données. Nous étudierons toutes les demandes. Toutefois nous ne sommes pas tenus d'accéder à vos demandes, hormis si les lois en vigueur exigent que nous procédions à cette communication ;
- nous demander de vous contacter à propos de vos données médicales par des moyens différents (par exemple, vous pouvez nous demander d'envoyer votre courrier à une adresse différente) ;
- demander des formulaires spéciaux que vous pourrez signer nous autorisant à communiquer vos données médicales à de quelconques personnes de votre choix. Vous pouvez retirer votre autorisation à tout moment, à condition que les données n'aient pas déjà été communiquées ;
- obtenir une liste des personnes qui ont reçu vos données médicales. La liste ne comprendra pas les données médicales que vous ou votre représentant avez demandées, les informations utilisées pour le fonctionnement du programme Medicaid de New York ou des informations transmises à des fins d'application des lois ;
- être informé(e) d'une violation de vos données médicales protégées non sécurisées quelles qu'elles soient.

Rendez-vous sur le site internet de l'Administration des ressources humaines de la ville de New York (New York City Human Resources Administration, HRA) pour obtenir un exemplaire électronique de la présente déclaration (https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf). Vous pouvez également consulter le site internet du Département de la Santé de l'État de New York pour obtenir une autre version (https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/hipaa/notepriveng.htm).

***Vous ne serez pas pénalisé(e) si vous déposez une réclamation. Si nous modifions les informations fournies par la présente déclaration, nous publierons la version modifiée sur notre site internet à l'adresse suivante :**

https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf

Souffrez-vous d'un handicap, d'un problème de santé ou de santé mentale ? Ce problème de santé vous empêche-t-il de comprendre le présent avis ou de faire ce qui est demandé dans cet avis ? Ce problème de santé vous empêche-t-il de bénéficier d'autres services de la part de la HRA ? **Nous sommes là pour vous aider.** Appelez-nous au **888-692-6116**. Vous pouvez également demander de l'aide lorsque vous vous rendez dans un bureau de la HRA. Vous avez le droit de demander ce type d'assistance en vertu de la loi.