

# Formulaire de consentement et d'autorisation de transmission par voie électronique

Instructions : Le présent formulaire doit être rempli lorsque le fournisseur soumet des demandes de règlement par voie électronique au nom du patient. Veuillez le conserver dans le dossier du patient à des fins de vérification pendant deux ans à compter de la fermeture du dossier du patient.

Fournisseur		
Prénom et nom ou nom de la clinique		
Adresse		
Ville	Province	Code postal
Patient		
Prénom	Nom	
Assureur/ payeur de la couverture primaire	Nom du titulaire du régime de la couverture primaire	
Numéro de police/groupe/contrat de la couverture primaire		
Numéro de certificat/identifiant du titulaire de la couverture primaire		
(Canada Vie uniquement) Nom du titulaire de la deuxième couverture		

## Consentement à la collecte et à l'échange de renseignements personnels

### Objectif

Les renseignements personnels que nous recueillons et divulguons à votre sujet sont utilisés par l'assureur ou le gestionnaire de votre régime de garanties collectives et leur(s) fournisseur(s) de services afin d'évaluer l'admissibilité de vos demandes de règlement, de vérifier la souscription, de procéder à des enquêtes et des vérifications, et par ailleurs, de gérer le régime de garanties collectives; ils sont aussi utilisés dans le cadre d'enquêtes liées à la fraude ou à l'abus des garanties, et à des fins de gestion de données internes par des groupes affiliés et d'analyse de données.

### Autorisation et consentement

J'autorise mon fournisseur de soins de santé à recueillir, utiliser et divulguer à l'assureur ou au gestionnaire de régime et à leur(s) fournisseur(s) de services, pour les besoins précités, les renseignements personnels ayant trait à toute demande de règlement soumise en mon nom.

J'autorise l'assureur ou le gestionnaire de régimes et leur(s) fournisseur(s) de services à :

- utiliser les renseignements personnels me concernant pour les besoins précités;
- échanger ces renseignements personnels avec toute personne physique ou morale, y compris les professionnels de la santé, les agences d'enquête, les assureurs et réassureurs, les gestionnaires de régimes gouvernementaux, avec d'autres organisations ou des fournisseurs de services qui travaillent avec l'assureur, le gestionnaire de régime ou avec toute autre personne précédemment mentionnée, lorsqu'ils sont pertinents pour les besoins précités;
- échanger, au besoin, des renseignements personnels relatifs à toute demande de règlement avec tout bénéficiaire de prestations payables;
- et échanger par voie électronique ou de toute autre façon des renseignements personnels pour les besoins précités.

Je comprends que les renseignements personnels pourraient devoir être divulgués à des personnes autorisées en vertu des lois applicables.

Je comprends que la soumission de demandes frauduleuses constitue un acte criminel, et que les demandes soupçonnées d'être frauduleuses pourraient être signalées à mon employeur ou au preneur de régime, et à tout organisme chargé de l'application de la loi.

Je reconnais que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et demeure valide aux fins de gestion du régime de garanties collectives.

Dans le cas où il y a fraude présumée ou réelle, ou abus des garanties en ce qui touche toute demande de règlement soumise, je reconnais et conviens que l'assureur ou le gestionnaire de régimes et leur(s) fournisseur(s) de services peuvent utiliser les renseignements personnels pertinents et les communiquer à tout organisme pertinent, y compris les organismes chargés de l'application de la loi, les organismes de réglementation, les organismes gouvernementaux, les fournisseurs d'articles médicaux et les autres assureurs, et, le cas échéant, à mon employeur ou preneur de régimes aux fins d'enquête et de prévention de la fraude ou de l'abus des garanties.

S'il y a un trop-perçu, j'accepte que la totalité de la somme versée en trop soit recouvrée au moyen de toute somme payable au titre du régime de garanties collectives, et qu'à cette fin, les renseignements personnels soient échangés avec toute autre personne ou tout autre organisme, y compris les agences d'évaluation du crédit et, le cas échéant, mon preneur de régime.

Si le patient est une personne autre que moi-même, je confirme que le patient a consenti à fournir ses renseignements personnels au fournisseur de soins de santé, à l'assureur ou au gestionnaire de régimes et leur(s) fournisseur(s) de services à des fins d'utilisation et de divulgation de ses renseignements personnels, tel que précité.

**J'accepte les modalités**

## Consentement pour la cession des prestations

Par la présente, je cède les prestations payables au titre des demandes de règlement admissibles au fournisseur de soins de santé responsable de soumettre mes demandes de règlement par voie électronique dans le cadre du régime de garanties collectives, et j'autorise l'assureur/le gestionnaire de régimes à lui verser directement les prestations. Je comprends que, si ma ou mes demandes de règlement sont refusées par l'assureur/le gestionnaire de régimes, il m'incombera de payer le fournisseur de soins de santé pour les services reçus ou les articles fournis.

Je reconnais et je conviens que l'assureur/le gestionnaire de régimes n'est pas tenu d'accepter ce Consentement pour la cession des prestations, que tous les paiements de prestations effectués conformément au Consentement pour la cession des prestations déchargeront l'assureur/le gestionnaire de régimes de ses obligations à l'égard de ces paiements, et que l'assureur/le gestionnaire de régimes sera également dégagé de ses obligations si les prestations me sont personnellement versées.

Il est entendu que la présente cession s'appliquera à toutes les demandes de règlement admissibles soumises par voie électronique par mon fournisseur de soins de santé et que je peux la révoquer en tout temps en faisant parvenir un avis écrit à l'assureur/au gestionnaire de régimes.

Si j'ai la qualité de conjoint du titulaire, ou de personne à sa charge, j'atteste que le titulaire m'a autorisé à signer le formulaire en vue de la cession des prestations au fournisseur de soins de santé.

**J'accepte les modalités**

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Signature du titulaire de régime

Tous les renseignements contenus aux présentes sont protégés en vertu des législations en matière de protection des renseignements personnels, notamment la loi canadienne sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (PIPEDA) et les législations provinciales correspondantes. Tous les utilisateurs acceptent de protéger les renseignements personnels sur la santé contenus aux présentes contre toute utilisation non autorisée, divulgation, perte, vol ou exposition à tous risques en conformité avec les législations mentionnées précédemment et en appliquant des précautions au moins égales à celles qu'ils utilisent pour la protection de leurs propres renseignements personnels. Tout accès, divulgation ou utilisation non autorisée de ces renseignements est illégal.