

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

Directives : Le présent formulaire doit être rempli lorsque des demandes de règlement sont présentées par voie électronique par le fournisseur 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** : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville/Province : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

**Patient** : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville/Province : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

N° de régime : \_\_\_\_\_

N° de certificat / de participant : \_\_\_\_\_

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

#### **Message au participant, au conjoint et/ou aux personnes à charge relatif aux renseignements personnels**

Les renseignements personnels que nous recueillons et que nous échangeons sur vous et, le cas échéant, sur votre conjoint et/ou les personnes à votre charge, sont utilisés par l'assureur et/ou le gestionnaire de régime et leur(s) fournisseur(s) de services pour les besoins de l'évaluation de vos demandes de règlement, de la tarification, de la conduite d'enquêtes, de la vérification et de la gestion du régime de garanties collectives; ils sont aussi utilisés dans le cadre d'enquêtes liées à la fraude et/ou à l'abus des garanties.

#### **Autorisation et consentement**

J'autorise mon fournisseur de soins de santé à recueillir, à utiliser et à communiquer à l'assureur et/ou au gestionnaire de régime et à leur(s) fournisseur(s) de services, pour les besoins précisés ci-dessus, les renseignements personnels ayant trait à toute demande de règlement présentée en mon nom.

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

- utiliser les renseignements personnels me concernant pour les besoins précisés ci-dessus;
- échanger les renseignements personnels avec toute personne physique ou morale, y compris les professionnels de la santé, les agences d'enquête, les assureurs et réassureurs, et les gestionnaires de régimes de l'État ou d'autres programmes de garanties, lorsque c'est pertinent pour les besoins précisés ci-dessus;
- échanger avec le participant, ou avec la personne qui agit pour lui, les renseignements personnels concernant toute demande de règlement présentée;
- échanger par voie électronique ou de toute autre façon les renseignements personnels nécessaires pour les besoins précisés ci-dessus.

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

Il est entendu que les renseignements personnels pourraient devoir être communiqués à des personnes autorisées selon les lois applicables.

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 la gestion du régime de garanties collectives.

### **Consentement supplémentaire applicable aux participants seulement**

J'atteste que mon conjoint et/ou les personnes à ma charge, le cas échéant, m'ont autorisé à communiquer des renseignements personnels les concernant à l'assureur et/ou au gestionnaire de régime et à leur(s) fournisseur(s) de services pour les besoins décrits ci-dessus et j'atteste que mon conjoint et/ou les personnes à ma charge autorisent également l'assureur et/ou le gestionnaire de régime et leur(s) fournisseur(s) de services à me communiquer des renseignements à leur sujet relativement aux demandes de règlement présentées, aux fins de l'évaluation de la demande et du paiement des prestations, le cas échéant, et de la gestion du régime de garanties collectives. J'autorise également mon conjoint et/ou les personnes à ma charge à céder les prestations prévues par le régime au fournisseur de soins de santé.

Dans le cas où il y a fraude présumée et/ou réelle et/ou abus des garanties en ce qui touche les demandes de règlement présentées, je reconnais et je conviens que l'assureur et/ou le gestionnaire de régime 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, au besoin, au promoteur de régime aux fins de l'enquête et de la prévention de la fraude et/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 pouvant être payable au titre du régime de garanties collectives, et que les renseignements personnels soient, à cette fin, échangés avec toute autre personne ou tout autre organisme, y compris les agences d'évaluation du crédit et, au besoin, avec le promoteur de régime.

\_\_\_\_\_

Date :

\_\_\_\_\_

Signature

Écrire le nom en caractères d'imprimerie :