

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES DU PATIENT

<p>Cochez toutes les cases des situations vécues au cours des 12 derniers mois</p> <p><input type="checkbox"/> Propriétaire d'un lieu d'habitation</p> <p><input type="checkbox"/> Locataire</p> <p><input type="checkbox"/> Foyer pour les sans-abris (<i>Oxford Street, Florence House, Family Shelter, Milestone, etc.</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Sans-abri (<i>vit dans une voiture, un bâtiment abandonné, etc.</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Logement de transition (<i>Logan Place, Pharos House, SARC, etc.</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Cohabitation (« <i>dormir sur un canapé</i> », hébergement temporaire pour des raisons économiques)</p> <p><input type="checkbox"/> Habitation avec des membres de la famille</p> <p>Condition actuelle de logement : _____</p>	<p>Situation d'emploi</p> <p><input type="checkbox"/> Temps complet</p> <p><input type="checkbox"/> Temps partiel</p> <p><input type="checkbox"/> Sans emploi</p> <p><input type="checkbox"/> Travailleur indépendant</p> <p><input type="checkbox"/> Handicapé</p> <p><input type="checkbox"/> Étudiant</p>	<p>Revenu total du ménage (Choisir une réponse)</p> <p>Hebdomadaire _____ USD</p> <p>Mensuel _____ USD</p> <p>Annuel _____ USD</p>
<p><input type="checkbox"/> Logement de transition (<i>Logan Place, Pharos House, SARC, etc.</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Cohabitation (« <i>dormir sur un canapé</i> », hébergement temporaire pour des raisons économiques)</p> <p><input type="checkbox"/> Habitation avec des membres de la famille</p> <p>Condition actuelle de logement : _____</p>	<p>Logement social <u>Logement subventionné par des fonds publics (Section 8)</u></p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Allocations (SSI/SSDI, chômage, etc.)</p> <p>Hebdomadaires _____</p> <p>Mensuelles _____</p> <p>Annuelles _____</p>
<p>Êtes-vous un migrant ou un ouvrier agricole saisonnier ?</p> <p><input type="checkbox"/> Saisonnier</p> <p><input type="checkbox"/> Migrant</p> <p><input type="checkbox"/> Pas ouvrier agricole</p>		
<p>Programme d'assistance financière (cocher toutes les cases qui s'appliquent)</p> <p><input type="checkbox"/> Programme MaineHealth FreeCare – date d'expiration : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Northern Light (Mercy) Free Care – date d'expiration : _____</p> <p><input type="checkbox"/> CarePartners <input type="checkbox"/> General Assistance</p>		
<p>Nombre total d'adultes dans le foyer : _____</p> <p>Nombre total d'enfants dans le foyer : _____</p> <p>Nombre total de membres de la famille dans le foyer : _____</p>	<p>Avez-vous des directives médicales anticipées ou un testament ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>* Si c'est le cas, veuillez amener le document lors de votre prochain rendez-vous *</p>	
<p>Comment avez-vous entendu parler de Greater Portland Health ? _____</p>		
<p>Quel est votre pays d'origine ? _____</p>		
<p style="text-align: center;"><u>Langue préférée (Choisissez-en une) :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Portugais <input type="checkbox"/> Somali <input type="checkbox"/> Cantonais</p> <p><input type="checkbox"/> Lingala <input type="checkbox"/> Langue des signe américaine (malentendants) <input type="checkbox"/> Kinyarwanda <input type="checkbox"/> Kirundi <input type="checkbox"/> Swahili</p> <p><input type="checkbox"/> Autre _____</p>		
<p>Avez-vous besoin d'un interprète ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>		
<p>Avez-vous déjà fait partie des forces armées américaines ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>		

COUVERTURE D'ASSURANCE MALADIE**Medicaid/Medicare**

MaineCare : _____
 (Medicaid) N° d'identification MaineCare _____ Nom de l'assuré

Medicare : _____
 N° d'identification Medicare _____ Nom de l'assuré

Assurance commerciale/privée

_____ / / _____ Nom
 du souscripteur Date de naissance Relation avec le patient

_____ Nom
 de la compagnie d'assurance N° d'identification N° de groupe Date de prise d'effet

_____ Adresse _____ Ville _____ État _____ Code postal

Je n'ai pas d'assurance maladie et j'aimerais faire une demande auprès du programme d'aide financière de Greater Portland Health.

CONTACTS D'URGENCE/ INFORMATIONS SUR LES PERSONNES À APPELER

1) _____
 Nom de famille Prénom Relation Date de naissance

_____ Adresse _____ N° de téléphone
 * Patient de Greater Portland Health ?
 OUI NON

2) _____
 Nom de famille Prénom Relation Date de naissance

_____ Adresse _____ N° de telephone
 * Patient de Greater Portland Health?
 OUI NON

****Si le patient a moins de 18 ans, veuillez remplir la case en gris ci-dessous****

X _____
 Signature du patient / parent ou tuteur légal

 Date

CONSENTEMENT GENERAL AUX

TRAITEMENTS

180 Park Avenue Portland Maine 04102

Nom du patient _____

Date de naissance _____

Greater Portland Health (« GPH ») est un centre de santé communautaire fournissant des soins de santé intégrés dans les domaines de la santé physique et comportementale, notamment un traitement du VIH/sida et des soins dentaires, quel que soit l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la couleur, la race, l'ethnicité, la croyance, l'origine nationale, la religion, le handicap physique ou mental ou le statut d'ancien combattant des patients. GPH utilise un système informatisé de dossiers de santé regroupant toutes les informations médicales en un seul endroit. Afin de vous offrir les meilleurs soins qui soient, les prestataires de soins du GPH pourront être amenés à consulter toute partie de votre dossier médical se rapportant à votre traitement, notamment des données relatives à votre condition physique, santé mentale, consommation d'alcool et de drogues et/ou soins dentaires.

1. **Consentement général aux traitements :** En signant ci-après, j'autorise les prestataires de soins de santé du GPH à effectuer les examens, tests diagnostiques et procédures leur permettant d'évaluer mon état de santé et fournir les soins (y compris un traitement en urgence), services ou thérapies nécessaires à un diagnostic et traitement efficaces. Je comprends que le ou les prestataires de soins de santé chargés de mon traitement doivent m'expliquer la nature des soins, traitements et services proposés, des médicaments prescrits, des interventions ou procédures suggérées. Avant de subir des procédures ou tests quelconques, mon ou mes prestataires expliqueront les avantages, risques ou effets secondaires potentiels, notamment les problèmes éventuels susceptibles de survenir lors du rétablissement, les chances de réussite, d'autres options de traitement y compris les risques ou effets secondaires pertinents de ces alternatives, et m'expliqueront les conséquences éventuelles d'un refus de suivre le traitement recommandé.
2. **Droit de refuser un traitement :** En signant ce consentement général aux traitements, je comprends que je peux refuser tout examen, test, procédure, traitement, thérapie ou médicament recommandé ou jugé nécessaire sur le plan médical par mon ou mes prestataires de santé et que je reste responsable concernant les décisions relatives à mes propres soins de santé et les conséquences de telles décisions.
3. **Responsabilité de paiement :** Je comprends que je dois verser à GPH tous les frais liés à mon traitement. Je demande que le remboursement autorisé de certaines prestations soit versé en mon nom à GPH pour lesdits services. Je comprends que GPH pourra communiquer des informations de santé à mon sujet, notamment des renseignements portant sur le statut VIH/sida, la consommation d'alcool et de drogues (sous réserve des limites fixées par la loi) et le traitement de santé mentale à ma ou mes compagnies d'assurance dans le but de vérifier ces prestations.
4. **Communication d'informations de santé :** Je comprends que, sous réserve de certaines conditions, je pourrai demander, par écrit, de limiter les données divulguées, recevoir des informations confidentielles en communiquant à GPH une adresse, un numéro de téléphone ou un autre moyen de recevoir des informations, consulter ou obtenir des exemplaires de mes informations de santé protégées et que j'ai d'autres droits eu égard à mes informations de santé, conformément à l'Avis sur les pratiques en matière de confidentialité.
5. **Avis sur les pratiques en matière de confidentialité :** Je comprends que bien que GPH doive protéger le caractère confidentiel de mes informations de santé, le centre peut légalement utiliser ces informations pour effectuer mon traitement, obtenir un paiement pour des services qui m'ont été fournis, coordonner mes soins ou effectuer les opérations nécessaires au sein de GPH.
6. **HealthInfoNet :** HealthInfoNet est un système informatisé normalisé et sécurisé permettant aux prestataires de soins de santé dans l'État du Maine de partager d'importantes informations sur les patients, les munissant d'outils nécessaires à une prise de décision de traitement éclairée. Il s'agit d'un programme avec option de refus, ce qui signifie qu'en signant le présent consentement, vous nous autorisez à accéder à vos informations médicales sur HIN. Si vous souhaitez en savoir plus, ou refusez de participer au programme, veuillez vous adresser à l'un de nos représentants au service aux patients au bureau d'accueil.
7. **Règles de bonne conduite :** Greater Portland Health doit être un lieu où tout le monde (clients, personnel, visiteurs ou bénévoles) se sent en sécurité et respecté. Tout comportement abusif, menaçant ou nuisant à la sécurité de la clinique est inacceptable. De tels comportements entraîneront des mesures appropriées de la part de Greater Portland Health, notamment une résiliation du contrat de soins collaboratif et une éventuelle interdiction de fréquenter la clinique.
8. **Signature :** En signant ci-après, je reconnais avoir lu et compris les informations susmentionnées. Pour toutes questions au sujet de mon consentement, je m'adresserai à mon prestataire avant de signer ce document.

Signature du patient _____
(Si le patient a moins de 18 ans, un parent ou un tuteur légal doit signer.)

Date _____

Signature du témoin _____

Date _____



Greater Portland Health

Accusé de réception de l'avis relatif aux pratiques en matière d'informations de santé

Conformément à la loi dite « Health Insurance Portability and Accountability Act » (HIPAA) de 1996, Greater Portland Health m'a remis un exemplaire de l'Avis relatif aux pratiques en matière d'informations de santé.

VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRE D'IMPRIMERIE

Nom de famille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Signature du client/

Parent ou tuteur

légal : _____

Date : _____

AVIS RELATIF AUX PRATIQUES EN MATIÈRE D'INFORMATIONS DE SANTÉ

Le présent avis décrit la manière dont les informations médicales vous concernant peuvent être utilisées et communiquées, et de quelle façon vous pouvez y accéder. Veuillez le lire attentivement.

Comprendre votre dossier/vos informations de santé

Lors de chaque consultation au Greater Portland Health, cette visite est documentée. Cet enregistrement pourra comprendre vos symptômes, résultats d'examen ou de tests de laboratoire, diagnostic, traitement et un plan décrivant les soins/services à venir. Ces informations, appelées dossier médical/ de santé, constituent un élément essentiel des soins/services que nous vous fournissons. Elles servent de :

- base de planification de vos soins et votre traitement ;
- moyen de communication avec les professionnels de santé qui participent à vos soins ;
- document légal décrivant les soins/services que vous recevez ;
- justificatif prouvant aux tiers payeurs (compagnies d'assurance) que les services ont été fournis.

Vos droits concernant vos informations de santé

Bien que votre dossier médical soit la propriété physique de Greater Portland Health, ces informations vous appartiennent. En vertu des règles fédérales sur la confidentialité, vous avez le droit de :

- recevoir un avis décrivant l'utilisation et la divulgation de votre dossier médical/de santé, y compris une copie papier de l'avis, si vous le souhaitez ;
- demander que l'utilisation et la divulgation de vos informations de santé soit limitée ou de vous envoyer vos données confidentielles d'une autre façon ;
- consulter et obtenir un exemplaire de votre dossier ;
- demander à ce que votre dossier médical soit modifié.

Nos responsabilités

Greater Portland Health doit :

- maintenir la confidentialité de vos informations de santé ;
- vous fournir un avis décrivant les obligations légales et les pratiques en matière de confidentialité de Greater Portland Health eu égard aux informations de santé que nous recueillons et conservons à votre sujet ;
- respecter toutes les modalités du présent avis ;
- obtenir votre consentement avant de divulguer vos informations de santé/dossier médical.

Greater Portland Health se réserve le droit de modifier et réviser ses pratiques en matière de confidentialité pour continuer à se conformer aux lois fédérales et de l'État. En cas de modification, les patients/clients recevront un nouvel exemplaire de l'**avis relatif aux pratiques en matière d'informations de santé** lors de leur prochaine visite.

Divulgations permises sans consentement à des fins de priorité nationale

Greater Portland Health est autorisé à utiliser et divulguer vos informations de santé sans votre consentement, lorsque :

- exigé par les lois fédérales ou de l'État ;
- aux autorités, notamment des responsables de la santé du Maine, l'agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux (FDA), des représentants des forces de l'ordre, des organisations de collecte d'organes, des médecins légistes, en relation à des indemnités d'accident du travail, lorsque demandé pour certaines fonctions gouvernementales spécialisées, notamment les forces armées et des situations similaires et autres agences chargées de la prévention et de la lutte contre les maladies.

Organized Health Care Arrangement (Entente organisée en matière de soins de santé)

Greater Portland Health est membre de la Community Care Partnership of Maine (« CCPM »), une « entente organisée en matière de soins de santé » visant à améliorer la santé dans les collectivités desservies. Les membres de la CCPM, en collaboration avec les compagnies d'assurance, utilisent des analyses de l'état de santé de la population, un examen de l'utilisation des services, une évaluation de la qualité, des activités d'amélioration et autres stratégies basées sur des données probantes pour améliorer les soins de santé. Les membres assument une responsabilité mutuelle envers la santé de tous les patients desservis par la CCPM. Les entités formant cette entente comprennent les centres de santé communautaires et hôpitaux suivants : Cary Medical Center, DFD Russell Medical Center, Fish River Rural Health, Katahdin Valley Health Center, Mayo Regional Hospital, Millinocket Regional Hospital, Nason Health Care, Pines Health Services, Penobscot Community Health Center, Greater Portland Health, Sebasticook Family Doctors et St. Joseph Healthcare. L'entente organisée en matière de soins de santé de la CCPM permet à ces entités couvertes séparément, notamment Greater Portland Health, de partager entre elles les informations médicales des patients, lorsque nécessaire à la poursuite d'un traitement autorisé, au paiement ou aux interventions de soins de santé liés au travail de l'entente organisée en matière de soins de santé, sauf si la loi ou réglementation l'exige autrement. La liste des entités peut être mise à jour pour comprendre à l'avenir de nouveaux établissements. Il est possible de consulter la liste la plus récente en cliquant sur le lien suivant www.ccpmmaine.org/members ou en appelant le 207-992-9200.

Pour en savoir plus, demander des informations ou signaler un problème

Pour toutes questions, veuillez contacter Greater Portland Health, 180 Park Ave, Portland, ME 04102. (207) 874-2141 www.greaterportlandhealth.org. Si vous pensez que vos droits à la confidentialité n'ont pas été respectés, vous pouvez déposer une plainte auprès du responsable de la confidentialité et de la sécurité (Privacy and Safety Officer) à l'adresse susmentionnée ou du ministre de la santé et des services humains (Secretary of Health and Human Services) à Washington, D.C. Le dépôt d'une plainte ne donnera lieu à aucune représaille.



Accord de soins au patient

Heures d'ouverture

1. Les heures d'ouverture de chaque établissement de Greater Portland Health sont indiquées ci-après :
 - a. 180 Park Avenue

Lundi, mercredi, jeudi	de 8 h à 19 h
Mardi, vendredi	de 8 h à 17 h
Samedi	de 8 h à midi
 - b. 63 Preble (soins de santé pour les sans-abris)

Du lundi au vendredi	de 7 h 45 à 15 h
----------------------	------------------
 - c. 211 Cumberland Ave (Franklin Towers)

Mardi, jeudi, vendredi	de 8 h à midi
------------------------	---------------
 - d. 59 Riverton Drive (Riverton Park)

Lundi, mardi, jeudi, vendredi	de 8 h à 17 h
-------------------------------	---------------
 - e. 100 Brick Hill Ave, South Portland (The Castle)

Du lundi au vendredi	de 8 h à 17 h
----------------------	---------------

Premier rendez-vous

1. Pour mieux vous servir en tant que patient de Greater Portland Health, nous vous demandons de remplir la documentation relative à un nouveau patient lors de votre premier rendez-vous. Si vous avez besoin d'aide pour remplir ces documents, un membre du personnel peut vous aider.
2. Aucun patient dans l'impossibilité de payer ne se verra refuser des soins. Si vous n'avez pas d'assurance, nous établirons un premier rendez-vous avec un conseiller en aide financière pour veiller à ce que vos soins soient abordables. Nous proposons un programme à tarif dégressif (programme SFSD) fixé en fonction du revenu pour les patients non assurés. Pour pouvoir bénéficier de ce programme, vous devez fournir un justificatif du revenu familial. Il peut s'agir :
 - D'une copie de votre déclaration d'impôt la plus récente, d'un registre comptable ayant trait à un travail indépendant, les formulaires W-2 actuels pour votre famille ou une copie de fiches de paie. Veuillez vous munir de quatre fiches de paie si les membres de votre famille sont payés hebdomadairement ou de deux fiches de paie s'ils sont payés deux fois par mois. Nous aurons besoin de fiches de paie de tous les membres de la famille ayant une activité rémunérée.
 - Une copie de chèques TANF, chèques SSI/SSDI, chèques de prestation de retraite, relevés de prestations du ministère des Anciens combattants (VA), relevés de banque ou virements bancaires comme justificatifs d'allocations de chômage, indemnités d'accident du travail, sécurité sociale.
 - Un justificatif d'une pension alimentaire ou pension alimentaire pour enfants que vous versez ou à laquelle vous avez droit.
 - Si un membre quelconque de votre famille reçoit une aide du programme City General Assistance (GA), veuillez présenter un justificatif d'une telle aide.
 - Si un membre de votre famille ou un(e) ami(e) vous fournit une aide, veuillez présenter une lettre de soutien.
 - Des justificatifs d'un revenu locatif ou d'intérêts créditeurs.

Les informations sur le revenu doivent être mises à jour au moins une fois par an.
Sans aucun justificatif de revenu, nous appliqueront le plein tarif.

3. Veuillez remplir le formulaire de divulgation de l'information et nous fournir les nom, adresse, numéro de téléphone et fax de votre/vos anciens prestataires de santé pour nous assurer d'avoir toutes les informations nécessaires pour vous offrir les meilleurs soins possibles. Nous souhaiterions recevoir toutes les données relatives à votre état de santé, y compris les carnets de vaccination.
4. Il vous est demandé d'arriver 10 minutes avant tous les rendez-vous fixés.
5. Munissez-vous de votre carte d'assurance pour chaque rendez-vous.
6. Le montant non couvert par l'assurance est dû au moment de la visite.

Politique relative aux rendez-vous non respectés

1. Nous comprenons que parfois des empêchements peuvent survenir et qu'un rendez-vous doit être reporté. Nous demandons un préavis de 24 heures de façon à pouvoir reporter votre rendez-vous et permettre à un autre patient de bénéficier du créneau horaire ainsi libéré.
2. Un rendez-vous est considéré comme n'étant pas respecté si :
 - le patient ne s'est pas présenté lors du rendez-vous ;
 - le patient est plus de 10 minutes en retard pour son rendez-vous ;
 - le patient annule puis fixe de nouveau un rendez-vous en moins de 24 heures.
3. Si, au cours d'une période de 12 mois, trois rendez-vous n'ont pas été respectés, le patient devra prendre rendez-vous le même jour et ne pourra plus prévoir de rendez-vous à l'avance.

Politique financière

1. Le paiement est dû au moment où les services sont rendus. Si vous êtes couvert par une assurance ou êtes inscrit à notre programme de tarif dégressif (SFSD), il vous sera demandé de participer aux frais.
2. Si vous n'êtes pas en mesure de payer ces frais au moment du service, vous recevrez une facture et vous aurez la possibilité de demander des facilités de paiement. Dans la mesure où vous vous acquittez en toute bonne foi de ces modalités de paiement, nous continuerons à vous fournir des soins. Un refus de payer ou d'établir des facilités de paiement peut entraîner un refus de la part du centre de santé de vous soigner. Votre compte pourra être transmis vers une agence externe de recouvrement des dettes.
3. Nous acceptons des paiements en espèces, par chèque, Visa, Master Card et Discover.
4. Nous acceptons la majorité des assurances privées, MaineCare, Medicare et Tri-Care.
5. Des frais de 20 USD seront facturés pour tous les chèques renvoyés pour cause de non paiement.
6. Vous devez faire savoir à Greater Portland Health qu'un traitement donné est lié à un accident du travail (cas d'indemnités d'accident du travail).
7. Nous travaillons avec NorDx pour les tests de laboratoire. Si vous êtes couvert par une assurance, NorDx facturera votre compagnie d'assurance pour tous les tests de laboratoire effectués. NorDx vous facturera pour tous les frais non couverts par votre assurance. Si vous êtes inscrit à notre programme de tarif dégressif, NorDx respectera le tarif fixé en fonction du revenu de votre ménage et tiendra compte de la remise à laquelle vous avez droit. En cas de non paiement de votre facture pour les tests de laboratoire, NorDx pourra transmettre votre facture à une agence de recouvrement. Pour toute question au sujet des frais de laboratoire, veuillez vous adresser à notre personnel.

Prise de rendez-vous

1. Si vous avez besoin de prendre rendez-vous, nous vous demandons d'appeler pendant les heures d'ouverture habituelles et de rester en ligne pour parler avec un représentant du service aux patients.
2. Pour toute question médicale d'ordre général concernant un médicament ou votre santé ou un besoin médical urgent, pendant nos heures d'ouverture, nous vous demandons d'appeler notre bureau, puis de sélectionner l'option n° 3.
3. Pour tout besoin médical urgent en-dehors des heures d'ouverture du centre de santé, vous pouvez appeler notre ligne principale au 207-874-2141 pour être ensuite connecté avec notre infirmière de service.
4. Pour toute urgence médicale, veuillez composer le 9-1-1.

Renouvellement d'une ordonnance

1. Veuillez prévoir un délai de 48 heures pour renouveler une ordonnance. Il vous incombe de contacter notre bureau avant d'être à court de médicaments.
2. Si vous n'avez pas de rendez-vous avec votre prestataire et avez besoin de médicaments, vous pouvez demander par téléphone de renouveler l'ordonnance de certains médicaments, nous vous demandons d'appeler pendant les heures d'ouverture, puis d'appuyer sur le **trois (3)** pour parler à un assistant médical.
3. L'ordonnance pour des substances réglementées ne sera pas renouvelée par téléphone.

Orientation vers d'autres prestataires

1. Si votre prestataire vous oriente vers un autre médecin ou prestataire pour des soins supplémentaires, notre personnel se chargera de coordonner ce rendez-vous. Il est extrêmement important que vous respectiez tous les rendez-vous avec d'autres prestataires et il vous incombe d'appeler pour annuler et changer votre rendez-vous si vous ne pouvez pas vous présenter.

Politique relative aux substances réglementées

1. Les prestataires du Greater Portland Health ne prescrivent pas de substances réglementées pour la douleur chronique. Les prestataires ne prescrivent des narcotiques ou autres substances réglementées que dans de rares cas en raison du risque d'usage inapproprié.

J'autorise par la présente la communication de mes renseignements personnels de santé dans le but de déposer une demande de remboursement auprès de ma compagnie d'assurance et de céder les prestations qui me sont dues au médecin ou au groupe mentionné sur la demande. Une copie de la signature figurant ci-après est tout aussi valide que sa version originale.

En signant ci-après, vous indiquez que les informations que vous avez fournies sont exactes et que vous autorisez GREATER PORTLAND HEALTH à vérifier ces informations et à les communiquer aux prestataires de santé qui font partie du réseau. Vous convenez également de permettre à GREATER PORTLAND HEALTH de partager les données démographiques et de revenu avec les subventionneurs de l'État du Maine, fédéraux et privés, le cas échéant. Vous reconnaissez également que vous assumez la responsabilité financière du solde total des frais à votre charge si vous payez de votre poche ; du solde des frais une fois les remises prises en compte ; et de toute franchise, tous les frais non remboursés ou tous les services non couverts par votre assurance. Toute information fournie qui s'avère être fausse, maintenant ou plus tard, pourra être considérée comme une déclaration frauduleuse pour laquelle vous pourriez être tenu responsable. Vous avez reçu un exemplaire de la Charte des droits des patients, un Accord de soins au patient et un de la loi HIPAA : Avis sur les pratiques en matière de confidentialité. En signant, vous indiquez que vous accusez réception de ces documents et en comprenez la signification et vous confirmez que vous avez fourni les informations y figurant.

Je, soussigné, certifie que je bénéficie d'une couverture d'assurance maladie et cède toutes les prestations d'assurance qui me sont dues pour les services rendus au bénéfice de Greater Portland Health. Je comprends que je suis financièrement responsable de tous les frais, qu'ils soient ou non pris en charge par mon assurance. J'autorise par la présente l'organisme de soins de santé susnommé à communiquer toutes les informations nécessaires pour obtenir le paiement des prestations. J'autorise l'utilisation de ma signature pour toutes les demandes de remboursement auprès des compagnies d'assurance.

X _____

**Signature de l'assuré / de la partie responsable / du patient /
du parent ou tuteur légal**

_____ **Date**

_____ **Nom en caractères d'imprimerie**

_____ **Date de naissance**