



## AUTORISATION DE DIVULGATION INFORMATIONS MÉDICALES PROTÉGÉES

Si vous avez besoin de soins médicaux, votre président de mission autorise les médecins et les hôpitaux à vous soigner. Les prestataires médicaux ne partageront pas d'informations sur votre santé, appelées « informations médicales protégées » (IMP), avec quiconque sans votre permission. En remplissant ce formulaire, vous autorisez votre président de mission et/ou les médecins de l'Église à être informés de vos soins médicaux.

### Nom de individu dont les informations seront diffusées

NOM DU MISSIONNAIRE	NUMÉRO DE DMBA (SI DISPONIBLE)	DATE DE NAISSANCE
---------------------	--------------------------------	-------------------

J'autorise \_\_\_\_\_ (prestataire ou établissement médical) à divulguer mes informations médicales protégées à la direction de la mission \_\_\_\_\_ y compris au président de la mission et au conseiller médical.

ADRESSE
VILLE, ÉTAT ET CODE POSTAL
NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE

**Informations qui seront divulguées :** Mes dossiers médicaux, y compris les informations concernant ma santé physique et mentale (à l'exception des notes de psychothérapie), toutes les informations sur les assurances, les réclamations, les paiements et les prestations, tous les symptômes, diagnostics, traitements, pronostics, résultats de laboratoire et médicaments en lien avec mon état de santé passé, présent et futur.

**But de la divulgation des informations :** Pour l'évaluation globale de mon état de santé et de mon aptitude à travailler comme missionnaire et pour la gestion et l'administration de mes soins de santé dans le cadre de mon travail de missionnaire pour l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours.

**Date d'expiration :** Cette autorisation est valable à compter de la date d'exécution et jusqu'à un an après avoir été libéré de ma mission, sauf révocation écrite avant cette date.

**Signature :** Je certifie que les informations ci-dessus sont exactes et complètes. J'ai le droit de recevoir un exemplaire de la présente autorisation. Je peux révoquer cette autorisation en écrivant à Deseret Mutual Benefit Administrators, à l'attention de : Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, États-Unis. La révocation n'est valable que pour les actes futurs et ne s'applique à aucune action antérieure à la réception de ma révocation. Toute information utilisée ou divulguée en vertu de cette autorisation peut faire l'objet d'une nouvelle divulgation et par conséquent ne plus être protégée par les réglementations relatives à la protection des renseignements personnels.

Le traitement, le paiement, l'inscription et l'éligibilité aux soins médicaux appropriés ne seront pas subordonnés à la fourniture de cette autorisation, sauf si la loi en vigueur en dispose autrement. Cependant, je comprends et j'accepte que mon refus de signer cette autorisation ou que ma révocation de cette autorisation puisse affecter mon éligibilité à travailler ou à continuer de travailler comme missionnaire pour l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours.

Signature du missionnaire : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_