



MISSIONARY
M E D I C A L

Autorisation d'utiliser et/ou de divulguer des renseignements protégés sur l'état de santé

Nom de individu dont les informations seront diffusées :

Nom du missionnaire : _____ Numéro de DMBA : _____

Qui peut communiquer ces renseignements : L'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours et ses entités affiliées, y compris l'administrateur des prestations Deseret Mutual Benefit Administrators (DMBA); les partenaires d'affaires de DMBA; et tous les prestataires et/ou les structures de soins de santé (y compris les professionnels de la santé mentale) qui m'ont déjà suivis ou me suivront après cette autorisation.

Qui peut recevoir ces renseignements :

1. DMBA, y compris son département de santé missionnaire
2. Les représentants et employés du département Missionnaire et la Division de gestion des risques de l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours
3. Les Autorités générales de l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours
4. Mon président de mission et sa femme
5. Personnes faisant partie du Conseil de santé de la mission
6. Mes dirigeants de la prêtrise de l'unité locale (tels que l'évêque et le président de pieu) et les greffiers qui peuvent assister mes dirigeants locaux de la prêtrise (tels que les greffiers de paroisse et de pieu)
7. Personnel du Centre de Formation Missionnaire
8. Personnel du Centre de santé des étudiants de BYU (BYU Student Health Center)
9. Mes parents/tuteurs indiqués ci-dessous (si la case n'est pas cochée, cela équivaut à un « oui ») :

Oui Non Nom : _____ Lien de parenté : _____ Date de naissance : _____

Oui Non Nom : _____ Lien de parenté : _____ Date de naissance : _____

10. Autres personnes désignées ci-dessous à ma discrétion :

Nom : _____ Lien de parenté : _____ Date de naissance : _____

Nom : _____ Lien de parenté : _____ Date de naissance : _____

Renseignements à communiquer : Mes renseignements personnels de santé. Les renseignements personnels de santé sont les renseignements identifiables de la santé passée, présente ou à venir d'une personne, au niveau physique ou mentale, conservés ou transmis par un prestataire de soins de santé ou un organisme d'assurance-maladie. Ils incluent, mais ne se limitent pas, aux dossiers médicaux, symptômes, diagnostics, traitements, pronostics, résultats d'examen, médicaments et renseignements d'assurance, déclarations et paiements.

But de la communication des renseignements : Pour l'évaluation globale de ma santé et de mon aptitude à servir en tant que missionnaire et pour la gestion et l'administration de mes soins de santé pendant mon service pour l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours.

Date d'expiration : Cette autorisation est valable à compter de sa date d'exécution jusqu'à douze mois après ma relève de service, sauf si elle est révoquée par écrit avant ce terme. Je peux révoquer cette autorisation par un écrit à l'attention de l'administrateur des prestations DMBA: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, Utah 84145. La révocation n'est effective qu'après sa réception par DMBA et elle ne s'appliquera pas à l'utilisation et/ou à la communication des renseignements personnels de santé antérieurs à la réception de la révocation écrite par DMBA.

Signature : Je certifie que les renseignements ci-dessus sont vrais et exacts. J'ai le droit de recevoir un exemplaire de cette autorisation. Tout renseignement utilisé ou communiqué en vertu de cette autorisation peut faire l'objet d'une nouvelle divulgation et ne jouirait donc plus de la protection offerte par le règlement de confidentialité. La remise de cette autorisation ne conditionne pas l'obtention des pensions, paiements, souscriptions ni l'éligibilité pour les soins médicaux applicables, sauf si la loi permet autrement. Cependant, je comprends et accepte que mon refus de signer ou ma révocation de cette autorisation peut affecter mon éligibilité à servir ou continuer à servir pour l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours.

Signature du missionnaire : _____ Date : _____

(VEUILLEZ REMPLIR LES DEUX CÔTÉS)

MM06FR2MMN0918



MISSIONARY
M E D I C A L

Autorisation d'utiliser et/ou de divulguer des notes de psychothérapie

Nom de individu dont les informations seront diffusées :

Nom du missionnaire : _____ Numéro de DMBA : _____

Qui peut communiquer les renseignements : L'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours et ses entités affiliées, y compris l'administrateur des prestations Deseret Mutual Benefit Administrators (DMBA); les partenaires d'affaires de DMBA; et tous les prestataires et/ ou les structures de soins de santé (y compris les professionnels de la santé mentale) qui m'ont déjà suivis ou me suivront après cette autorisation.

Qui peut recevoir ces renseignements :

1. DMBA, y compris son département de santé missionnaire
2. Les représentants et employés du département Missionnaire et la Division de gestion des risques de l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours
3. Les Autorités générales de l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours
4. Mon président de mission et sa femme
5. Personnes faisant partie du Conseil de santé de la mission
6. Mes dirigeants de la prêtrise de l'unité locale (tels que l'évêque et le président de pieu) et les greffiers qui peuvent assister mes dirigeants locaux de la prêtrise (tels que les greffiers de paroisse et de pieu)
7. Personnel de Centre de Formation Missionnaire
8. Personnel de Centre de santé des étudiants de BYU (BYU Student Health Center)
9. Mes parents/tuteurs indiqués ci-dessous (si la case n'est pas cochée, cela équivaut à un « oui ») :

Oui Non Nom : _____ Lien de parenté : _____ Date de naissance : _____

Oui Non Nom : _____ Lien de parenté : _____ Date de naissance : _____

10. Autres personnes désignées ci-dessous à ma discrétion :

Nom : _____ Lien de parenté : _____ Date de naissance : _____

Nom : _____ Lien de parenté : _____ Date de naissance : _____

Renseignements à communiquer : Mes notes de psychothérapie, y compris les notes enregistrées sur tout support par un professionnel de la santé mentale qui documentent ou analysent des séances de consultation privée, groupée, conjointe ou familiale et qui sont séparées du reste de mon dossier médical.

But de la communication des renseignements : Pour l'évaluation globale de ma santé et de mon aptitude à servir en tant que missionnaire et pour la gestion et l'administration de mes soins de santé pendant mon service pour l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours.

Date d'expiration : Cette autorisation est valable à compter de sa date d'exécution jusqu'à douze mois après ma relève de service, sauf si elle est révoquée par écrit avant ce terme. Je peux révoquer cette autorisation par un écrit à l'attention de l'administrateur des prestations DMBA: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, Utah 84145. La révocation n'est effective qu'après sa réception par DMBA et elle ne s'appliquera pas à l'utilisation et/ou à la communication des renseignements personnels de santé antérieurs à la réception de la révocation écrite par DMBA.

Signature : Je certifie que les renseignements ci-dessus sont vrais et exacts. J'ai le droit de recevoir un exemplaire de cette autorisation. Tout renseignement utilisé ou communiqué en vertu de cette autorisation peut faire l'objet d'une nouvelle divulgation et ne jouirait donc plus de la protection offerte par le règlement de confidentialité. La remise de cette autorisation ne conditionne pas l'obtention des pensions, paiements, souscriptions ni l'éligibilité pour les soins médicaux applicables, sauf si la loi permet autrement. Cependant, je comprends et accepte que mon refus de signer ou ma révocation de cette autorisation peut affecter mon éligibilité à servir ou continuer à servir pour l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours.

Signature du missionnaire : _____ Date : _____