

CONSETEMENT AU TRAITEMENT

Où et quand s'applique ce consentement

Je suis conscient(e) que ce consentement couvre les soins et les traitements que je recevrai dans les unités de soins ambulatoires de Memorial Health (« Memorial »), que ce soit en personne ou par télé-médecine.

Les unités de soins ambulatoires de Memorial Health comprennent : Decatur Memorial Medical Group, Memorial Behavioral Health, Memorial Home Care, Memorial Home Care, Memorial Home Hospice, Memorial Home Medical Supply et Memorial Medical Group. Ce consentement couvre le traitement de tous les services et demandes de soins dispensés dans ces unités de soins ambulatoires.

Consentement au traitement

Je consens au traitement et aux soins pour moi-même ou en tant que tuteur/tutrice légal(e) du patient concerné.

Je suis conscient(e) que mes soins et mon traitement peuvent inclure l'un des services suivants :

- Traitement ou services d'urgence
- Prise en charge du cas
- Counseling ou traitement
- Examens de laboratoire
- Services d'imagerie
- Procédures ou traitement médicaux ou chirurgicaux
- Prise de photos
- Administration de produits pharmaceutiques
- Autres traitements médicaux de routine et procédures diagnostiques ou techniques qui, de l'avis du prestataire de Memorial, peuvent être considérés comme nécessaires ou recommandés pour le diagnostic, le traitement, les activités de soins de santé et/ou le paiement de Memorial.

Je suis conscient(e) que mes soins peuvent inclure un test VIH.

Si je souhaite refuser le test, je dois en informer mon professionnel de santé. Si je refuse un test de dépistage du VIH, je continuerai à recevoir les autres services dont j'ai besoin et qui me conviennent.

Je suis conscient(e) que le traitement et les soins au Memorial peuvent être dispensés par des personnes en formation.

Ces personnes peuvent inclure des médecins internes, des étudiants en médecine et d'autres étudiants en soins de santé. Ils sont en formation et sont habilités à dispenser des soins médicaux. Ils peuvent m'interroger, m'examiner ou m'observer. Ils peuvent également effectuer des tests de diagnostic ou des procédures médicales sur ma personne. Ils exécutent l'ensemble de ces opérations sous la supervision de médecins expérimentés. J'autorise l'utilisation de mes dossiers médicaux à ces fins d'enseignement.

Je suis conscient(e) qu'il me sera demandé de signer un autre formulaire de consentement pour toute procédure pouvant présenter des risques importants. Je suis conscient(e) que la médecine, la chirurgie et d'autres traitements ne sont pas des sciences exactes.

Je reconnais n'avoir reçu aucune garantie quant aux résultats des services que je recevrai. Cela comprend les résultats de tout diagnostic, traitement, procédure chirurgicale, test ou examen effectué.

J'accepte de révéler toute information qui m'est demandée, dans la limite de mes connaissances.

Cela comprend des informations sur les antécédents financiers, familiaux et médicaux. Je reconnais également que les informations que j'ai déjà fournies sont exactes, correctes et complètes.

Je comprends que le principe de la télésanté est la prestation de services de santé clinique par l'intermédiaire d'une plateforme technologique ou d'autres moyens électroniques entre un praticien et un patient qui se trouvent dans deux endroits différents.

Je comprends que la télésanté présente son lot de risques, d'avantages et d'inconvénients, notamment, sans s'y limiter, l'interruption de la transmission en cas de défaillance technique. Je comprends que les

sessions en ligne ne seront pas enregistrées par l'une ou l'autre des parties. Je comprends que le professionnel de santé puisse considérer que les services de télésanté ne sont pas adaptés et qu'un niveau de prise en charge plus élevé soit nécessaire.

Je sais pouvoir refuser de consentir à toute procédure ou tout traitement.

Cela inclut toute intervention médicale ou chirurgicale ou tout autre type de traitement.

Droits et responsabilités des patients

J'ai lu la politique de Memorial relative aux droits et responsabilités des patients.

Je comprends que Memorial fournit des services à toutes les personnes sans distinction de race, de couleur, de sexe, d'origine nationale, d'ascendance, de handicap, de religion, d'orientation ou de préférence sexuelle, d'état civil, de statut parental, de statut d'ancien combattant, de droit à des prestations ou à des activités syndicales, ou de tout autre statut protégé en vertu de toute loi locale, étatique ou fédérale applicable.

Je suis conscient(e) que mes effets personnels sont sous ma responsabilité.

Cela comprend mes lunettes, mes appareils auditifs, mes prothèses dentaires, mes bijoux, mon argent en espèces, mes cartes de crédit, mes appareils électroniques personnels et tous mes autres objets de valeur. Par la présente, je dégage Memorial de toute responsabilité à l'égard de ces objets de valeur et effets personnels.

Lorsque mes soins incluent des prestataires hors réseau

Conformément à la loi sur la facturation équitable des patients (Fair Patient Billing Act) :

- Je suis conscient(e) que je peux recevoir des factures distinctes pour des services fournis par des prestataires de soins de santé liés à Memorial.
- Certains prestataires vers lesquels je suis orienté(e) peuvent ne pas faire partie du même régime d'assurance et du même réseau que Memorial.
- Je peux avoir une charge financière plus importante pour les services fournis par des prestataires qui ne font pas partie de mon régime d'assurance.
- Si j'ai des questions sur les indemnités et la couverture, je m'adresse à mon assurance.

Paiements et coûts des soins

J'accepte de payer Memorial pour tous les services et fournitures qui me sont prodigués.

Je comprends que je suis financièrement responsable de tous les frais liés à mon traitement. Je comprends que Memorial soumettra, par obligeance à mon égard, des demandes de remboursement de la couverture au tiers aux organismes d'assurance primaires et secondaires que j'ai communiquées à Memorial. J'autorise Memorial à remplir tous les formulaires nécessaires afin d'obtenir le paiement de tiers payeurs, y compris Medicare et Medicaid, et tous les programmes d'assurance liés à mon traitement. J'autorise tout détenteur d'informations médicales ou autres me concernant à communiquer à l'Administration de la sécurité sociale, ou à ses intermédiaires ou prestataires, toute information nécessaire à la présente demande ou à une demande connexe de Medicare. Par la présente, j'autorise le paiement des prestations d'assurance à Memorial et lui attribue toutes les indemnités dues en vertu de l'ensemble des assurances médicales me couvrant, dans la mesure où elles sont nécessaires pour couvrir les coûts de celles-ci, y compris les services des médecins. Par la présente, je cède également à Memorial tous les droits en matière de politiques de tiers payant, y compris, mais sans s'y limiter, le droit de désigner un bénéficiaire, d'ajouter l'admissibilité des personnes à charge, d'avoir une politique individuelle maintenue ou émise conformément à ces conditions et à tous les bénéfices en vertu de toute politique d'assurance, certificat de souscription, ou autre accord d'indemnisation des prestations de santé payables pour les services dispensés par Memorial. En cas de réception d'un paiement entraînant un trop-perçu pour cette visite, j'autorise l'application du trop-perçu à toute facture impayée de Memorial dont je suis responsable.

Je garantis le paiement intégral des frais pour les services dispensés par Memorial. Le paiement est dû, en totalité, dans les 90 jours suivant la date des services, à moins que des dispositions soient prises avec un représentant autorisé de Memorial. J'accepte de permettre à Memorial, ou à ses représentants, d'accéder à mes antécédents de crédit et à ma cote de solvabilité actuelle pour les soldes de comptes impayés et les demandes d'aide financière.

En apposant mes initiales sur cette ligne, je certifie que ma blessure est liée au travail et autorise Memorial à examiner, copier et divulguer tous les dossiers médicaux relatifs au traitement.

J'accepte la responsabilité de tous les frais liés au recouvrement de ces coûts.

Cela comprend tous les frais de justice, les frais de recouvrement et les honoraires d'avocat raisonnables engagés par Memorial pour tenter de percevoir les montants impayés dus. Je comprends que ces frais peuvent représenter jusqu'à 50 % du solde envoyé en recouvrement, qu'ils s'ajoutent au solde impayé et qu'ils seront évalués et dus au moment où mon compte sera transmis au collecteur tiers. Je reconnais que ces frais de recouvrement ou honoraires d'avocats sont des frais raisonnables pour le recouvrement de tout solde impayé. Je certifie que les informations que j'ai fournies en vue du paiement des soins sont, à ma connaissance, complètes et exactes.

Je sais que je peux me renseigner auprès de ma compagnie d'assurance si j'ai des questions sur la couverture de mon régime.

Je sais que je peux également m'adresser à mon employeur si j'ai des questions sur la manière dont mon régime paie les services médicaux fournis par les prestataires.

Me contacter par téléphone portable, SMS ou e-mail

J'accepte de recevoir des appels téléphoniques et des SMS sur mon téléphone portable, ainsi que des e-mails.

Je fournirai mon numéro de téléphone et mon adresse e-mail lors de l'inscription ou de l'admission à l'hôpital. En fournissant mon numéro de téléphone et mon adresse e-mail à Memorial, je comprends que je donne mon consentement exprès à Memorial ou à ses tiers contractants pour qu'ils me contactent (y compris par le biais d'un composeur téléphonique automatique) par appel téléphonique, SMS ou e-mail au(x) numéro(s) de téléphone et/ou adresse(s) e-mail(s) fournis au sujet du paiement et des activités liées aux soins de santé, y compris, mais sans s'y limiter :

- confirmations de rendez-vous et rappels ;
- rappels généraux relatifs à la santé, tels que le vaccin contre la grippe, les campagnes de vaccination ;
- instructions d'enregistrement à l'hôpital ;
- suivi après la sortie de l'hôpital ;
- commentaires sur l'expérience des patients ;
- instructions pour les soins à domicile ;
- gestion de mon compte ;
- encaissement des sommes dues.

Je suis conscient(e) que je peux demander à ne plus recevoir de SMS et de messages automatisés.

Je peux les annuler de n'importe quelle manière appropriée. Cela comprend l'annulation en personne ou par téléphone (au 217-788-3186). Je peux me « désinscrire » des e-mails provenant de Memorial. Je peux également envoyer un SMS STOP lorsque je reçois un SMS de Memorial. Je suis conscient(e) que Memorial ne me facture aucun frais pour ces communications, mais les tarifs standard de mon forfait téléphonique pour les messages et les données peuvent s'appliquer. Ces frais sont à ma charge.

Utilisation de mes informations de santé

Je suis conscient(e) que Memorial peut enregistrer mes informations de santé. Par la présente, je déclare avoir été informé(e) de la politique de confidentialité de Memorial Health et l'accepter.

Memorial peut les enregistrer de différentes manières. Cela comprend les formats électroniques, photographiques, numériques, audio et autres. J'accepte que Memorial puisse produire et utiliser ces informations enregistrées en interne, dans le cadre de l'enseignement et de la formation médicale, et pour d'autres raisons décrites dans l'Avis relatif aux pratiques de confidentialité de Memorial Health, notamment le partage et/ou la réception des informations de prescription avec une base de données nationale des prescriptions utilisée lors de la prescription électronique de médicaments dans le cadre de mon traitement, le cas échéant. Par la présente, j'accuse réception de l'Avis relatif aux pratiques de confidentialité de Memorial Health et je comprends son contenu.

J'autorise Memorial et tout fournisseur de soins de santé susceptible de me traiter à divulguer des informations de santé pertinentes me concernant, notamment des informations hautement protégées, à certains organismes de santé.

Par la présente, je reconnais que cette divulgation peut inclure des informations génétiques et j'autorise leur divulgation à des fins de facturation.

Réclamations

Memorial espère que chaque consultation ou hospitalisation se déroulera sans encombre.

Si ce n'est pas le cas, veuillez nous faire part des problèmes rencontrés. Nous prendrons les mesures appropriées pour y remédier. Chaque patient a le droit de soumettre une réclamation ou une préoccupation concernant tout aspect de sa visite et d'attendre une réponse rapide. Cela comprend les plaintes concernant les soins médicaux, le service, les conditions et la facturation. Vous pouvez soumettre vos préoccupations par écrit ou en personne.

Si vous avez des commentaires, des questions ou des préoccupations, nous vous suggérons, à vous ou à une personne en votre nom, de prendre des mesures.

Discutez de vos préoccupations avec un membre de votre équipe soignante. Vous pouvez également vous adresser au directeur de la clinique où vous recevez des soins.

Si vous pensez que vos questions ou préoccupations n'ont pas été traitées de manière raisonnable :

Vous pouvez déposer une demande d'examen. Contactez la personne appropriée à l'aide des informations indiquées ci-dessous :

*Memorial Behavioral Health
Attention: Compliance Officer
340 W. Miller St.
Springfield, IL 62702
217-588-7538*

*Memorial Home Hospice
Attention: Director
340 W. Miller St.
Springfield, IL 62702
217-876-4622*

*Memorial Care
Attention: Director
340 W. Miller St.
Springfield, IL 62702
217-788-0006*

*Memorial Home Medical Supply
Attention: System Director
340 W. Miller St.
Springfield, IL 62702
217-757-7103*

*Memorial Home Care
Attention: System Director
340 W. Miller St.
Springfield, IL 62702
217-788-9337*

Je peux révoquer ce consentement par écrit à tout moment.

La révocation de ce consentement ne modifiera pas les mesures qui ont été prises lorsque le consentement était en vigueur.

Si le patient est mineur ou n'a pas de capacité juridique, la signature de la procuration pour les soins de santé, du parent, du tuteur ou du plus proche parent est requise.

Signature

Date/heure

Relation avec le patient, si ce n'est pas le patient

Témoin à la signature

Date/heure