

**NOTICE DE PRATIQUES DE CONFIDENTIALITÉ**  
**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (French)**

**A. CETTE NOTICE EXPLIQUE COMMENT LES INFORMATIONS MÉDICALES VOUS CONCERNANT PEUVENT ÊTRE UTILISÉES ET COMMUNIQUÉES AINSI QUE COMMENT AVOIR ACCÈS À CES INFORMATIONS. VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT.** Cette Notice de Pratiques de Confidentialité (Notice) s'applique à toutes les informations relatives aux soins que vous recevez aux endroits suivants:

- Systèmes de Santé de l'Université du Michigan (UMHS), comprenant nos hôpitaux, nos docteurs, nos services de soins à domicile, nos services pharmaceutiques, nos services de laboratoire, et autres professionnels de santé concernés
- Certains départements de l'Université du Michigan qui fournissent des soins de santé (Professionnels de santé UM) comme le Service de Santé Universitaire, l'École Dentaire de l'Université du Michigan, etc.
- UMHS et ses systèmes de soins organisés où UMHS participe à l'amélioration de la qualité ainsi qu'à une évaluation des activités comme faisant partie d'un système de soins organisé où les fournisseurs de soins travaillent ensemble pour améliorer la qualité de vos soins. Des exemples actuels de Systèmes de Soins Organisés auxquels participe UMHS sont disponibles à l'adresse suivante :  
<http://www.uofmhealth.org/patient+and+visitor+guide/ocha>

En plus de ce qui est mentionné ci-dessus, cette Notice est applicable à d'autres portions de l'Université du Michigan qui supportent les activités de soins de santé de UMHS et des professionnels de santé UM. Tous ces organismes peuvent utiliser et diffuser vos informations médicales, pour des raisons de traitement, de paiement ou d'opérations médicales comme le décrit cette Notice.

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.** This Notice of Privacy Practices (Notice) applies to all information about care that you receive from the following:

- University of Michigan Health System (UMHS) which includes our hospitals, doctors, home health services, pharmacy services, laboratory services, and other related health care providers
- Portions of the University of Michigan that provide health care services (UM Providers) such as University Health Service, the University of Michigan School of Dentistry, etc.
- UMHS and its organized health care arrangements where the UMHS participates in quality improvement and assessment activities as part of an organized health care arrangement where the providers work jointly to help improve the quality of your care. Examples of current Organized Health Care Arrangements in which the UMHS participates are available at <http://www.uofmhealth.org/patient+and+visitor+guide/ocha>

In addition to the above, this Notice applies to other portions of the University of Michigan that support the health care activities of UMHS and the UM providers. All of these entities may use and share your health information for treatment, payment or health care operations as described in this Notice.

**B. NOUS SOMMES REQUIS DE SAUVEGARDER VOS RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PROTÉGÉS (PHI).**

Nous sommes investis dans la protection de vos données personnelles médicales, appelées «renseignements médicaux protégés» ou «PHI». PHI sont des informations que nous avons créées ou bien reçues en relation avec vos soins passés, présents ou futurs et qui peuvent être utilisées pour vous identifier, vous fournir des soins de santé ou bien effectuer un paiement pour des soins que vous avez reçus. Nous sommes requis de vous fournir cette notice explicative, pour que vous compreniez nos pratiques de confidentialité ainsi que les raisons, la manière et le moment auxquels nous communiquons vos PHI. De manière générale, nous ne divulguons pas plus de vos PHI qu'il est nécessaire pour accomplir la tâche demandant l'utilisation ou la divulgation de ces données, bien qu'il y ait des exceptions. La loi requiert que nous suivions les pratiques de confidentialité décrites dans cette notice et que nous vous informions en cas d'infraction contre vos PHI.

**WE ARE REQUIRED TO SAFEGUARD YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI).**

We are committed to protecting the privacy of your health information, called "protected health information" or "PHI". PHI is information that can be used to identify you that we have created or received about your past, present, or future health or condition, the provision of health care to you, or payment for health care provided to you. We are required to provide you with this notice to explain our privacy practices and how, when, and why we use and disclose your PHI. In general, we may not use or disclose any more of your PHI than is necessary to accomplish the purpose of the use or disclosure, although there are some exceptions. We are legally required to follow the privacy practices described in this notice and notify you following a breach of your unsecured PHI.

**C. COMMENT NOUS UTILISONS ET COMMUNIQUONS VOS PHI.** Nous utilisons et communiquons les PHI pour des raisons différentes, et certaines de ces raisons demandent votre autorisation spécifique au préalable. Les différentes catégories de nos utilisations et communications sont décrites ci-dessous, avec un exemple pour chaque.

**HOW WE USE AND DISCLOSE YOUR PHI.** We use and disclose PHI for different reasons, and some require your prior specific authorization. The different categories of our uses and disclosures are described below, with examples of each.

**1. Les Utilisations et les Communications en relation avec le Traitement, le Paiement ou le Fonctionnement des Soins de Santé, Ne Requièrent Pas Votre Consentement.**

**1.1. Pour le Traitement.** Nous pouvons utiliser et communiquer vos PHI avec les médecins, les infirmières, les étudiants en médecine et autre personnel médical qui vous fournissent des soins ou sont impliqués dans vos soins. Par exemple, si vous souffrez d'un problème au genou, nous pouvons transmettre vos PHI au kinésithérapeute impliqué dans la coordination de vos soins.

**1.2. Pour obtenir un règlement.** Nous pouvons utiliser et transmettre vos PHI pour la facture et la collection des paiements en relation avec les soins de santé que vous avez reçus. Par exemple, notre service de facturation peut utiliser une ou plusieurs informations contenues dans vos PHI et les transmettre à votre assurance médicale pour obtention de paiement.

**1.3. Pour le Fonctionnement de Nos Cliniques.** Nous pouvons utiliser et transmettre vos PHI afin d'assurer le bon fonctionnement de nos hôpitaux, cliniques et centres de santé. Par exemple, nous pouvons utiliser vos PHI pour évaluer les soins que vous avez reçus ou pour évaluer la performance des professionnels de santé et des procédures impliqués dans vos soins. Nous pouvons aussi transmettre vos PHI aux unités de soins de l'Université du Michigan et aux partenaires de santé aidant à la gérance des opérations, comme nos avocats, nos comptables, nos consultants et autres entreprises. Les autres exemples comprennent les programmes éducationnels, les résolutions d'enquêtes internes, la planification des affaires, la gérance et le développement, les activités administratives, y compris la gérance des systèmes d'informations et de données, et les associations avec d'autres fournisseurs.

**Uses and Disclosures Relating to Treatment, Payment or Health Care Operations Do Not Require Your Consent.**

**1.1. For Treatment.** We may use and disclose your PHI to physicians, nurses, medical students and other health care personnel who provide health care services to you or who are involved in your care. For example, if you are treated for a knee injury, we may disclose your PHI to the physical therapy provider to coordinate your care.

**1.2. To Obtain Payment.** We may use and disclose your PHI to bill and collect payment for the health care services provided to you. For example, our billing department may use some of your PHI and disclose it to your health plan for payment.

**1.3. For Health Care Operations.** We may use and disclose your PHI to operate our hospitals, clinics and other health care service facilities. For example, we may use your PHI to review the care provided to you or to evaluate the performance of the health care professionals and processes involved in your care. We may also provide your PHI to University of Michigan units and our business associates that support our health care operations, such as our accountants, attorneys, consultants and other companies. Other examples include educational programs, resolution of internal grievances, business planning, development and management, administrative activities, including data and information systems management, and consolidations with other providers.

**2. Autres Utilisations et Divulgations Qui Ne Requièrent Pas Votre Accord.** Nous pouvons aussi utiliser et transmettre vos PHI :

**2.1. Quand l'utilisation est requise par une procédure fédérale, d'état, de juridiction locale, judiciaire ou bien administrative, ou par la loi.** Par exemple, nous transmettons des données quand la loi demande que nous rapportions des informations aux agences gouvernementales en cas de contact avec des victimes d'abus, de violence conjugale, quand une victime présente une blessure par balles ou autres, ou bien quand une procédure judiciaire ou administrative l'ordonne.

**2.2. Pour le bon fonctionnement des activités de soins de santé.** Par exemple, nous devons transmettre des informations spécifiques aux employés gouvernementaux chargés de recueillir les informations concernant les naissances, les décès ainsi que certaines maladies et infections. Nous fournissons aussi des informations nécessaires aux médecins légistes et aux directeurs de pompes funèbres dans l'éventualité du décès d'un individu. De plus, d'après une législation du Michigan, nous sommes requis de rapporter les informations concernant des patients souffrant de certaines conditions, comme le VIH/SIDA et le cancer, à des bases de données centrales; nous sommes aussi requis de rapporter les informations en relation avec la vaccination. Nous pouvons aussi transmettre vos PHI aux

fabricants de médicaments, de vaccins et autres médicaments biologiques, de prothèses et autres produits qui sont régulés par la Food and Drug Administration quand les informations sont en relations avec la qualité, la sûreté ou l'efficacité de ces produits.

Les PHI peuvent aussi être transmises à certaines personnes ayant été exposées à des maladies contagieuses ainsi qu'aux employeurs en relation avec la médecine et la sécurité du travail, ou pour des indemnisations en relation avec un accident du travail.

**2.3. Pour la surveillance des opérations sanitaires.** Par exemple, nous fournissons des informations aux attachés gouvernementaux officiels quand une enquête, ou une inspection d'un professionnel de santé ou d'un organisme est en cours.

**2.4. Pour le don d'organes.** Nous pouvons transmettre des informations aux organismes chargés de la collecte d'organes pour les aider dans le processus de transplantation et de donation d'organe, d'œil, ou de tissu.

**2.5. Dans le but de la recherche.** Dans certaines circonstances, nous pouvons transmettre ou utiliser vos PHI pour effectuer des recherches. Ces recherches sont généralement supervisées par un comité de protection des personnes. Dans la plupart des cas, même si vos PHI peuvent être utilisées afin de préparer un projet de recherche ou pour vous contacter afin de vous demander si vous souhaitez participer à une étude médicale, ces informations ne seront pas utilisées ultérieurement sans votre autorisation. Cependant, si la loi Fédérale, le règlement institutionnel l'autorisent, et que cela est approuvé par un comité de protection des personnes ou par un conseil de protection des renseignements personnels, les PHI peuvent être transmises ou utilisées ultérieurement. De plus, les PHI peuvent être utilisées ou transmises dans un but de recherche, en tant que «ensembles de données limitées et non-identifiables», qui n'incluront pas vos noms, adresses, ou autres moyens de vous identifier directement.

**2.6. Pour éviter tout danger.** Afin d'éviter les risques sérieux pour la santé d'une personne ou du public, nous pouvons transmettre vos PHI aux membres de l'autorité locale, cela pour éviter ou réduire un danger potentiel.

**2.7. Pour des fonctions gouvernementales particulières.** Nous pouvons transmettre les PHI du personnel militaire et des vétérans dans certaines situations. Nous pouvons transmettre des PHI pour des raisons de sécurité publique, comme protéger le président des États-Unis ou conduire des opérations de renseignement.

**2.8. Pour des raisons d'indemnisations suite à un accident du travail.** Nous pouvons transmettre des PHI pour se conformer aux lois concernant les indemnisations suite à un accident du travail.

**2.9. Pour vous faire part de futurs rendez-vous ainsi que d'autres services et bénéfices en relation avec les soins de santé.** Nous pouvons utiliser vos PHI pour vous informer de futurs rendez-vous. Nous pouvons aussi vous fournir des informations concernant d'autres traitements, ainsi que d'autres services de soins santé ou bénéfices que nous offrons.

**2.10. Pour raisons caritatives.** Nous pouvons utiliser vos PHI afin de récolter des fonds pour notre organisation. Vous pouvez choisir de ne pas recevoir les informations concernant les œuvres caritatives.

**Certain Other Uses and Disclosures That Do Not Require Your Consent.** We may also use and disclose your PHI:

**2.1. When disclosure is required by federal, state or local law, judicial or administrative proceedings, or law enforcement.** For example, we make disclosures when a law requires that we report information to government agencies and law enforcement personnel about victims of abuse, neglect or domestic violence, when dealing with gunshot and other wounds, or when ordered in a judicial or administrative proceeding.

**2.2. For public health activities.** For example, we must report to government officials in charge of collecting specific information related to births, deaths, and certain diseases and infections. Also, we provide coroners, medical examiners and funeral directors necessary information relating to an individual's death. Additionally, under Michigan law we are required to report information about patients with certain conditions, such as HIV/AIDS and cancer, to central registries; we also are required to report information about immunizations. We also may disclose PHI to manufacturers of drugs, biologics, devices, and other products regulated by the federal Food and Drug Administration when the information is related to their quality, safety, or effectiveness. PHI also may be disclosed to certain people exposed to communicable diseases and to employers in connection with occupational health and safety or worker's compensation matters.

**2.3. For health oversight activities.** For example, we will provide information to government officials to conduct an investigation or inspection of a health care provider or organization.

**2.4. For purposes of organ donation.** We may provide information to organ procurement organizations to assist them in organ, eye or tissue donation and transplants.

**2.5. For research purposes.** In certain circumstances, we may use or provide PHI to conduct research. This research generally is subject to oversight by an institutional review board. In most cases, while PHI may be used to help prepare a research project or to contact you to ask whether you want to participate in a study, it will not be further disclosed for research without your authorization. However, where permitted under federal law, institutional policy and approved by an institutional review board or a privacy board, PHI may be further used or disclosed. In addition, PHI may be used or disclosed for research as “limited or de-identified data sets” which do not include your name, address or other direct identifiers.

**2.6. To avoid harm.** To avoid a serious threat to the health or safety of a person or the public, we may provide PHI to law enforcement personnel or persons able to prevent or lessen the potential harm.

**2.7. For specific government functions.** We may disclose the PHI of military personnel and veterans in certain situations. We also may disclose PHI for national security purposes, such as protecting the president of the United States or conducting intelligence operations.

**2.8. For workers’ compensation purposes.** We may provide PHI to comply with workers’ compensation laws.

**2.9. To provide appointment reminders and health-related benefits or services.** We may use PHI to provide appointment reminders. We may also give you information about treatment alternatives, or other health care services or benefits we provide.

**2.10. For fundraising activities.** We may use PHI to raise funds for our organization. You have the right to opt out of receiving fundraising communications.

### **3. Vous Avez la Possibilité de Contester l’Utilisation et la Transmission des PHI Dans les Cas Suivants.**

**3.1. Annuaire des patients.** Nous pouvons inclure vos noms, votre état général, votre location à un centre UMHS et votre appartenance religieuse (si vous en possédez une), dans notre annuaire des patients destiné à être utilisé par le clergé ainsi que par les visiteurs vous demandant par votre nom, cela à moins que vous le refusiez complètement, ou partiellement quand vous êtes admis dans nos centres.

**3.2. Transmission d’Informations aux Proches, aux Amis, ou Autres.** Nous pouvons transmettre vos PHI à un membre de la famille, un ami ou autres personnes étant impliqués dans votre traitement ou étant responsables du paiement de vos soins de santé, cela à moins que vous ne le contestiez partiellement ou complètement.

**3.3. Échanges d’Informations Santé (HIEs).** Nous pouvons rendre vos PHI électroniquement disponibles, par l’intermédiaire d’Échanges Informations Santé (health information exchanges, HIEs), pour d’autres fournisseurs de soins, des compagnies d’assurances ainsi qu’aux bureaux centraux de soins de santé. Votre participation à HIEs nous permet aussi d’utiliser des informations vous concernant, fournies par des tierces personnes. Vous avez le droit de renoncer à participer à toute sollicitation en contactant la personne indiquée à la fin de ce formulaire.

#### **Uses and Disclosures to Which You Have an Opportunity to Object.**

**3.1. Patient directories.** We may include your name, general condition, location in a UMHS facility, and religious affiliation (if any) in our patient directory for use by clergy and others who ask for you by name, unless you object in whole or in part when you are admitted to our facilities.

**3.2. Disclosure to family, friends, or others.** We may provide your PHI to a family member, friend or other persons who are involved in your care or responsible for the payment for your health care, unless you object in whole or in part.

**3.3. Health Information Exchanges.** We may make your PHI available electronically through health information exchanges (HIEs) to other health care providers, health plans and health care clearinghouses. Participation in HIEs also lets us see their information about you which helps us provide care to you. You have the right to opt out of participating in such efforts by contacting the person listed at the end of this notice.

### **4. Loi Applicable dans le Michigan.** Nos utilisations et transmissions de vos PHI doivent adhérer aux réglementations des pratiques de confidentialité fédérales ainsi qu’à la loi du Michigan. La loi du Michigan et/ou la loi Fédérale ont mis en place certaines restrictions supplémentaires concernant l’utilisation et la transmission des PHI regardant les soins psychiatriques, les abus de substance, le SIDA/VIH, et certaines informations génétiques. Dans certains cas, votre autorisation spécifique pourrait être requise.

**Applicable Michigan Law.** Our use and disclosure of PHI must comply not only with federal privacy regulations but also with applicable Federal and Michigan law. Michigan law and/or Federal Regulations place certain additional restrictions on the use and disclosure of PHI for mental health, substance abuse, HIV/AIDS conditions, and certain genetic information. In some instances, your specific authorization may be required.

### **5. Toutes Autres Utilisations et Transmissions de vos Informations Requièrent votre Autorisation Écrite Préalable.** Dans les situations qui ne sont pas présentées dans ce Formulaire, votre autorisation écrite

est nécessaire avant l'utilisation ou la transmission de vos PHI, y compris la plupart des utilisations et transmissions de notes concernant la psychothérapie (si ces notes ont été enregistrées et gérées par nos soins), le marketing de produits ou de services financièrement assisté par une tierce partie, et la vente de PHI, à moins que la loi ne le spécifie autrement. Votre autorisation peut toujours être révoquée (mais cela ne s'appliquerait pas aux informations déjà transmises, en accord avec votre autorisation initiale).

**All Other Uses and Disclosures Require Your Prior Written Authorization.** In situations that are not covered by this Notice, your written authorization is needed before using or disclosing your PHI, including most uses and disclosures of psychotherapy notes (if recorded or maintained by us), financially-supported marketing of 3<sup>rd</sup> party products or services, and the sale of PHI, unless otherwise specified by law. Your authorization can always be revoked in writing (but it would not apply to prior disclosures made based on your initial authorization).

**D. VOS DROITS CONCERNANT VOS PHI.** Vous possédez les droits suivants concernant vos PHI:  
**YOUR RIGHTS REGARDING YOUR PHI.** You have the following rights with respect to your PHI:

**1. Le Droit de Demander une Restriction quant à l'Utilisation et la Transmission de vos PHI.** Vous avez le droit de demander à ce que nous limitions l'utilisation et la transmission de vos PHI concernant le traitement, le paiement et les opérations de soins santé. Cette demande doit être faite par écrit. Nous n'avons pas l'obligation d'accepter votre demande, mais si nous acceptons, nous honorerons notre accord, sauf en cas d'urgence ou dans les cas où la loi le demande ou l'autorise. Par contre, nous sommes requis d'accepter une demande de restriction d'utilisation ou de transmission de vos PHI envers une compagnie d'assurance si les informations sont en rapport avec un paiement ou des opérations de soins santé, si ce n'est pas requis par la loi, et que vos PHI sont uniquement en rapport avec un objet ou un service de soins santé que vous avez réglé complètement et personnellement. Vous pouvez aussi faire une demande de restriction de transmission de vos PHI à des membres de votre famille ou des amis proches impliqués dans vos soins ou dans le paiement de vos soins.

**The Right to Request Restrictions on Uses and Disclosures of Your PHI.** You have the right to ask us to limit how we use and disclose your PHI for treatment, payment or health care operations. This request must be in writing. We are not required to agree to your restriction request, but if we do, we will honor our agreement except in cases of an emergency or in cases where we are legally required or allowed to make a use or disclosure. We are required, however, to agree to a written request to restrict disclosure of your PHI to a health plan if the disclosure is for payment or health care operations and is not otherwise required by law, and your PHI pertains solely to a health care item or service for which you have paid in full and out of pocket. Also, you may request us to limit PHI disclosures to family members, other relatives, or close friends involved in your care or payment for it.

**2. Le Droit de Demander la Confidentialité des Communications Concernant vos PHI.** Vous pouvez faire une demande par écrit afin de recevoir vos informations d'une certaine manière ou à une certaine location. Par exemple, vous pouvez demander à ce que l'on envoie vos informations à une boîte postale au lieu de les envoyer à votre domicile. Nous devons accepter votre demande tant que le format que vous souhaitez est raisonnable.

**The Right to Request Confidential Communications Involving Your PHI.** You can ask in writing to send information to you in a certain way or location. For example, you can request we mail PHI to a Post Office Box rather than your home. We must agree to your request so long as we can easily provide it in the format you requested.

**3. Le Droit de Recevoir des Copies de vos PHI.** Dans la plupart des cas, vous avez le droit de recevoir des copies de vos PHI, comme votre dossier médical ou vos factures médicales, que nous utilisons quand nous prenons des décisions regardant vos soins. Vous devez faire une demande par écrit. Un délai de 30 jours est requis à partir du moment où nous recevons votre demande pour vous répondre. Ce service est dispensé pour une somme modique. Dans certains cas, il se peut que votre demande soit refusée. Ce refus sera effectué par écrit et nous vous fournirons les raisons de notre refus. Nous vous expliquerons vos droits si vous souhaitez que ce refus soit examiné.

**The Right to Receive Copies of Your PHI.** In most cases you have the right to receive copies of your PHI, such as health or billing records, used by us to make decisions about you. You must make the request in writing. We will respond within 30 days after receiving your written request, and we may charge a reasonable fee. In certain situations, we may deny your request, but we will do so in writing, and we will provide our reasons for the denial and explain your right to have the denial reviewed.

**4. Le Droit d'Obtenir une Liste des Contrats de Divulgations que Nous Avons Faits.** Vous avez le droit d'obtenir une liste recensant chaque occasion où vos PHI ont été transmises (appelée Accounting of Disclosure). Ce droit ne s'applique pas à certaines transmissions, comme celles faites lors de traitements, de paiement ou d'opérations de soins de santé, les transmissions faites directement à vous et à ceux impliqués dans vos soins, les transmissions faites avec votre autorisation, ou bien les transmissions en rapport avec la sécurité nationale, les renseignements, des institutions pénitentiaires ou les autorités. Votre demande de «Accounting of Disclosure» doit être faite par écrit, à la personne et à l'adresse ci-dessous.

Nous vous répondrons dans les 60 jours suivant la réception de votre demande. Nous vous fournirons une liste des informations qui ont été transmises dans les six dernières années, à partir de la date de votre demande, à moins que vous ne demandiez une période plus courte. Si vous effectuez plus d'une demande par an, nous pouvons vous demander des frais.

**The Right to Get a List of the Disclosures We Have Made.** You have the right to get a list of instances in which we have disclosed your PHI ( an Accounting of Disclosures.) This right does not apply to certain disclosures such as those made for treatment, payment or health care operations, disclosures made to you or to others involved in your care, disclosures made with your authorization, or disclosures made for national security or intelligence purposes or to correctional institutions or law enforcement purposes. Your request for an Accounting of Disclosures must be made in writing to the person and address below. We will respond within 60 days of receiving your request by providing a list of disclosures made within the last six years from the receipt date of your request, unless a shorter time period is requested. If you make more than one request in the same year, we may charge a fee.

5.

**Le Droit de Modifier ou de Mettre à Jour vos PHI.** Si vous pensez que vos PHI sont incorrectes ou incomplètes, vous avez le droit de nous demander d'ajouter ou de modifier les informations existantes. Vous devez effectuer une demande par écrit et inclure la raison de votre demande. Nous vous répondrons dans les 60 jours suivant la réception de votre demande. Nous pouvons refuser votre demande par écrit si vos PHI (i) sont correctes et à jour, (ii) n'ont pas été créées par nos soins, (iii) ne peuvent pas être transmises, ou (iv) ne font pas partie de nos dossiers médicaux. Nous inclurons la(les) raison(s) de notre refus et expliquerons vos droits à remplir par écrit une déclaration de désaccord. Si vous ne remplissez pas de déclaration de désaccord, vous avez le droit de demander à ce que votre demande de modification ainsi que notre refus soit rattachés à vos PHI. Si votre demande de modification est acceptée, nous effectuerons les modifications et nous vous informerons dès que ces modifications auront été complétées. Une modification peut prendre plusieurs formes, comme par exemple, une déclaration explicative ajoutée à votre dossier médical.

**The Right to Amend or Update Your PHI.** If you believe your PHI is incorrect or incomplete, you have the right to request us to add to or amend the existing information. Your request must be in writing and must include the reason for your request. We will respond within 60 days of receiving your request. We may deny your request in writing if the PHI (i) is correct and complete, (ii) was not created by us, (iii) is not allowed to be disclosed, or (iv) is not part of our records. Our denial will include the reason(s) for the denial and will explain your right to file a written statement of disagreement. If you don't file a written statement of disagreement, you have the right to request that your amendment request and our denial be attached to your PHI. If your amendment request is approved, we will make the change to your PHI and let you know it has been completed. An amendment may take several forms, such as an explanatory statement added to your record.

**6. Le Droit d'Obtenir une Copie de ce Formulaire.** Vous avez le droit de demander qu'une copie de ce formulaire vous soit envoyée chez vous. Il est aussi disponible sur:

<http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa>

**The Right to a Copy of this Notice.** You have a right to request a paper copy of this Notice be mailed to you. It is also available at: <http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa>

## **E. QUI PEUT VOUS RENSEIGNER CONCERNANT CE FORMULAIRE OU NOS PRATIQUES DE**

**CONFIDENTIALITE.** Si vous avez des questions concernant ce Formulaire ou un plainte concernant nos pratiques de confidentialité, ou si vous souhaitez savoir comment déposer une plainte auprès du Bureau des Droits Civils des U.S. Department of Health and Human Services, vous pouvez contacter notre Directeur de Confidentialité au numéro: 1-734-615-4400. Vous ne serez pas pénalisé pour avoir déposé une plainte. Les plaintes écrites doivent être soumises à l'adresse suivante:

University of Michigan Health System

Privacy Director  
1500 E. Medical Center Drive  
Ann Arbor, MI 48109-5729

Nous pouvons modifier nos pratiques de confidentialité à tout moment. Avant d'effectuer un changement majeur, nous réviserons cette Notice et elle sera en évidence dans nos infrastructures et sur notre site internet à l'adresse suivante: <http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa>.

**WHO YOU CAN CONTACT FOR INFORMATION ABOUT THIS NOTICE OR OUR PRIVACY PRACTICES.** If you have questions about this Notice or complaints about our privacy practices, or if you would like to know how to file a complaint with the Office for Civil Rights of the U.S. Department of Health and Human Services, you can contact our Privacy Director at 1-734-615-4400. You will not be penalized for filing your complaint. Written complaints must be submitted to:

University of Michigan Health System  
Privacy Director  
1500 E. Medical Center Drive  
Ann Arbor, MI 48109-5729

We may change our privacy practices at any time. Before we make an important change, we will revise this Notice and post it in our facilities and on our website at: <http://www.uofmhealth.org/Patient+and+Visitor+Guide/hipaa>.

**F. DATE D'ENTREE EN VIGUEUR DE CETTE NOTICE:** 14 Avril 2003, révisée le 1er Juillet 2012 et le 23 Sept. 2013.

**EFFECTIVE DATE OF THIS NOTICE:** April 14, 2003, revised July 1, 2012 and Sept. 23, 2013.