

HANNAFORD SUPERMARKETS
AVIS CONCERNANT LES PRATIQUES RELATIVES À LA VIE PRIVÉE
POUR LES PHARMACIES

Date originale d'entrée en application : 14 avril 2003
Mises à jour : 1^{er} septembre 2010 ; 1^{er} septembre 2013 ; 1^{er} août 2021

**CET AVIS DÉCRIT COMMENT LES INFORMATIONS MÉDICALES VOUS CONCERNANT PEUVENT ÊTRE
UTILISÉES ET DIVULGUÉES ET COMMENT VOUS POUVEZ ACCÉDER À CES INFORMATIONS.
VEUILLEZ L'EXAMINER ATTENTIVEMENT.**

Hannaford Bros. Co., LLC a pris depuis longtemps un engagement ferme pour la protection de la vie privée de ses clients. Cet Avis décrit les protections de la vie privée mises en place dans le cadre des services de pharmacie délivrés par les Pharmacies Hannaford. Lorsque vous visitez ou que vous bénéficiez de services de l'une de nos Pharmacies, vous êtes assuré(e) que la confidentialité de vos informations médicales est protégée selon les modalités indiquées dans cet Avis.

Nous sommes tenus par la loi de garantir la confidentialité de vos informations médicales, de vous présenter cet Avis détaillé expliquant nos obligations légales et nos pratiques relatives à la vie privée concernant vos informations médicales, et de nous conformer aux termes de cet Avis actuellement en vigueur. Nous sommes également dans l'obligation de vous informer dans l'éventualité où vous seriez concerné(e) par une violation d'informations médicales protégées (IMP) non sécurisées. Pour des informations complémentaires, veuillez consulter le site :

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html. Nous n'utiliserons pas et nous ne divulguons pas vos informations selon d'autres modalités que celles décrites dans le présent document.

I. UTILISATIONS ET DIVULGATIONS POUR LE TRAITEMENT, LE PAIEMENT ET LES OPÉRATIONS DE SOINS DE SANTÉ

Les utilisations et les divulgations des informations médicales pour le traitement, le paiement et les opérations de soins de santé sont autorisées par les règles de confidentialité fédérales et par le registre de signature que vous avez signé dans les pharmacies. Vous trouverez ci-dessous différentes circonstances lors desquelles nous pouvons utiliser ou divulguer vos IMP pour ces objectifs.

Pour le traitement. Nous utiliserons et nous divulguons vos IMP lorsque nous vous délivrerons des services de Pharmacie, et nous pourrions communiquer ces informations à d'autres prestataires participant à vos soins. Par exemple, les collaborateurs de nos Pharmacies utiliseront vos IMP pour délivrer les médicaments sur prescription médicale conformément aux ordonnances de vos prestataires de soins. Nous pourrions contacter votre prestataire de soins pour discuter de votre prescription, des interactions médicamenteuses éventuelles ou pour d'autres préoccupations.

Pour le paiement. Nous pouvons utiliser et divulguer vos IMP à des fins de facturation et de paiement ou pour les besoins de facturation et de paiement d'un autre prestataire de soins de santé. Nous pourrions communiquer vos IMP à votre représentant, à votre compagnie d'assurances ou à votre programme de soins intégrés, à Medicare, à Medicaid, à un autre payeur tiers ou à une autre entité de soins de santé. Par exemple, nous pouvons contacter votre assurance maladie pour confirmer la couverture de certains médicaments sur prescription médicale ou le montant de votre quote-part.

Pour des opérations de soins de santé. Nous pourrions utiliser et divulguer vos IMP le cas échéant pour nos opérations de soins de santé, notamment la gestion, l'évaluation du personnel, l'enseignement et la formation. Par exemple, nous pouvons utiliser et divulguer vos IMP pour examiner et améliorer la qualité de nos services.

Rappels de prescriptions. Nous pouvons utiliser ou divulguer vos IMP pour vous adresser des « rappels de renouvellement » afin de vous rappeler que vos prescriptions sont prêtes à la Pharmacie ou qu'il est temps pour vous de renouveler votre ordonnance.

Autres traitements et bénéfices et services liés à la santé. Nous pouvons utiliser ou divulguer vos IMP pour vous informer de l'existence d'autres traitements ainsi que de bénéfices et de services liés à la santé qui pourraient vous intéresser. Nous ne vendons pas de listes de clients de pharmacie ou d'autres IMP à des tiers à des fins commerciales.

II. UTILISATIONS ET DIVULGATIONS SPÉCIFIQUES DE VOS INFORMATIONS MÉDICALES

Vous trouverez ci-dessous différentes circonstances lors desquelles nous pouvons utiliser ou divulguer vos IMP.

Pour le Patient ou son Représentant personnel pour leur utilisation propre. Sur demande, nous communiquerons vos IMP à vous-même ou à votre Représentant personnel (une personne qui est autorisée par la loi à agir en votre nom concernant les sujets relatifs aux soins de santé).

Personnes participant à vos soins ou au paiement pour vos soins. À moins que vous ne nous formuliez une objection par écrit, nous pouvons divulguer des IMP vous concernant à un membre de la famille, à un ami proche ou à un soignant participant à vos soins ou au paiement de vos soins, ou bien nous pouvons divulguer vos IMP afin d'informer un membre de votre famille, un ami proche ou un soignant de votre état de santé général ou de votre localisation. À moins qu'un membre de votre famille ne dispose d'une autorité légale pour agir en votre nom, nous ne divulguerons que les informations relatives à la participation de ce membre de la famille à vos soins ou au paiement de vos soins.

Tel qu'exigé par la loi. Nous pouvons utiliser ou divulguer vos IMP lorsque la loi l'exige.

Activités de surveillance de la santé. Nous pouvons divulguer vos IMP à une agence de surveillance de la santé, par exemple le Conseil des pharmaciens, pour des activités autorisées ou exigées par la loi, notamment des audits, des investigations et des inspections, ou pour les activités faisant intervenir la surveillance gouvernementale du système de soins de santé.

Partenaires commerciaux. Nous pouvons divulguer vos informations médicales protégées à un entrepreneur ou à un prestataire de services (désigné par le terme « partenaire commercial ») qui a besoin des informations pour délivrer des services pour la Pharmacie et qui accepte de protéger la confidentialité de ces informations.

III. UTILISATIONS AUTORISÉES DE VOS INFORMATIONS MÉDICALES

Outre les divulgations décrites ci-dessus, nous pouvons effectuer les divulgations suivantes, qui sont soumises à des conditions et à des limites en vertu des lois fédérales et nationales. Remarque : dans certaines circonstances, les divulgations indiquées ci-dessous peuvent être exigées par la loi, et sont par conséquent également abordées dans la Section II ci-dessus.

Activités de santé publique. Nous pouvons divulguer vos IMP à une autorité sanitaire publique chargée par exemple de prévenir ou de contrôler les maladies, les blessures et les handicaps.

Signalement des victimes d'abus, de négligence ou de violence domestique. Si nous considérons que vous avez été victime d'un abus, d'une négligence ou d'une violence domestique, nous pouvons utiliser et divulguer vos IMP pour informer une autorité gouvernementale, si cela est autorisé ou exigé par la loi.

Avertir d'une menace grave pour votre santé ou votre sécurité. Lorsque cela est nécessaire pour prévenir une menace grave pour votre santé ou votre sécurité ou la santé ou la sécurité du public ou d'une autre personne, nous pouvons utiliser ou divulguer vos IMP, en limitant les divulgations à une personne en mesure de contribuer à réduire ou à prévenir la menace. Par exemple, nous pouvons divulguer vos IMP pour contribuer à des rappels de produits ou signaler des effets secondaires de médicaments.

Réaliser des études. Sous certaines circonstances, nous pouvons utiliser ou communiquer vos informations à des fins de recherche, à la condition que les procédures requises par la loi pour protéger la confidentialité des données des études soient respectées.

Procédures judiciaires et administratives. Nous pourrions divulguer vos IMP en réponse à une ordonnance judiciaire ou administrative. Nous pourrions également divulguer vos IMP en réponse à une assignation, une demande d'enquête ou toute autre procédure judiciaire si nous recevons la preuve que la partie demandant les informations a fait des efforts raisonnables pour soit (i) vous informer de la demande afin que vous ayez la possibilité de vous y opposer, soit (ii) obtenir une ordonnance restrictive en bonne et due forme.

Respect des lois. Nous pourrions divulguer vos IMP pour différents objectifs d'application de la loi, notamment par exemple pour se conformer aux exigences de signalement ; se conformer à une ordonnance du tribunal, un mandat ou une procédure judiciaire similaire ; ou pour répondre à certaines demandes d'informations concernant des délits.

Médecins légistes, examinateurs médicaux, directeurs d'entreprises de pompes funèbres, organismes de prélèvement d'organes. Dans l'éventualité de votre décès, nous pourrions communiquer vos IMP à un médecin légiste, à un examinateur médical et à un entrepreneur de pompes funèbres ou, si vous êtes donneur d'organe, à une organisation participant aux dons d'organes et de tissus.

Aide humanitaire. Nous pourrions divulguer des IMP limitées vous concernant à une organisation d'aide humanitaire.

Militaires, anciens combattants et autres fonctions gouvernementales spécifiques. Si vous êtes membre des forces armées, nous pourrions utiliser et divulguer vos IMP en fonction des demandes des autorités militaires. Nous pourrions divulguer vos IMP pour des motifs de sécurité nationale ou en cas de besoin pour protéger le président des États-Unis ou certains membres officiels ou pour mener certaines investigations particulières.

Indemnisation des travailleurs. Nous pourrions utiliser ou divulguer vos IMP pour nous conformer aux lois relatives à l'indemnisation des travailleurs ou à des programmes similaires.

Détenus/Détention. Si vous êtes mis(e) en détention par des autorités policières ou un établissement correctionnel, nous pouvons divulguer vos IMP à l'institution ou au responsable à certaines fins, notamment pour votre santé et votre sécurité et celles des autres.

Lanceurs d'alerte. Si un employé ou un collaborateur considère de bonne foi que nous nous sommes livrés à une conduite illégale ou contraire aux normes professionnelles ou cliniques, il peut divulguer vos IMP à un avocat ou une autorité de santé publique lorsqu'il fait part de ses préoccupations à cet avocat ou à cette autorité de santé publique.

Conformité et application de la loi HIPAA. Nous pouvons divulguer vos IMP au Secrétaire à la Santé et aux Services sociaux des États-Unis à des fins de conformité et d'application des règles de la loi Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

IV. UTILISATIONS ET DIVULGATIONS AVEC VOTRE AUTORISATION

À l'exception de ce qui est décrit dans le présent Avis, Hannaford n'a aucune intention d'utiliser ou de divulguer vos IMP.

S'il était prévu d'utiliser ou de divulguer vos IMP pour d'autres objectifs, votre autorisation serait requise pour certaines utilisations ou divulgations, et vous pourriez révoquer une telle autorisation par écrit à tout moment. Aucune autorisation de ce type n'est incluse dans votre signature de l'accusé de réception du présent Avis. Nous ne partagerons jamais vos informations à des fins commerciales ni ne vendrons vos informations, sauf si vous nous donnez l'autorisation écrite de le faire.

Lorsque les informations médicales vous concernant auront été divulguées conformément à votre autorisation, les protections liées à la loi HIPAA ne pourront plus s'appliquer aux informations médicales divulguées, et ces informations pourront être à nouveau divulguées par le destinataire sans que ni vous ni nous ne le sachions ou n'y consentions.

V. VOS DROITS CONCERNANT VOS INFORMATIONS MÉDICALES

Vous trouverez ci-dessous vos droits concernant vos IMP. Chacun de ces droits est soumis à certaines exigences, limitations et exceptions. L'exercice de ces droits peut nécessiter de soumettre une demande écrite à la Pharmacie. À votre demande, la Pharmacie vous remettra le formulaire approprié à remplir. Vous disposez des droits suivants :

Restrictions de demande. Vous avez le droit de demander des restrictions sur notre utilisation ou notre divulgation de vos IMP pour le traitement, le paiement ou les opérations de soins de santé. Vous avez également le droit de demander des restrictions aux IMP que nous divulguons vous concernant à un membre de la famille, à un ami ou à une autre personne participant à vos soins ou au paiement de vos soins. Votre demande doit être effectuée par écrit. Nous vous informerons par écrit si nous acceptons votre demande.

Nous ne sommes pas tenus d'accepter la restriction demandée (à l'exception des cas où, si vous êtes compétent[e] mentalement, vous pouvez limiter les divulgations aux membres de votre famille ou à vos amis). Si nous acceptons votre demande de restriction, nous nous conformerons à votre demande, sauf s'il est nécessaire de vous délivrer un traitement en urgence ou si les lois fédérales et nationales s'y opposent. Cependant, si vous avez payé intégralement une ordonnance et que vous ne souhaitez pas que nous divulguions à votre régime d'assurance maladie les IMP relatives à cette ordonnance à des fins de paiement ou d'opérations de soins de santé, nous nous devons de satisfaire votre demande.

Accès aux informations médicales personnelles. Vous avez le droit d'inspecter et d'obtenir une copie de vos IMP qui peuvent être utilisées pour prendre des décisions vous concernant – un « ensemble de dossiers désigné » – aussi longtemps que nous détenons vos IMP. L'ensemble de dossiers désigné comprendra généralement les prescriptions et les dossiers de facturation, ou d'autres informations écrites qui peuvent être utilisées pour prendre des décisions à propos de vos soins, sous réserve de certaines exceptions. Votre demande doit être effectuée par écrit. Nous sommes généralement tenus de vous donner accès à votre dossier médical dans les trente (30) jours suivant la réception de votre demande. Afin d'inspecter ou de copier vos IMP, vous devez envoyer une demande par écrit au représentant de la protection de la vie privée HIPAA à l'adresse indiquée ci-dessous et remplir le formulaire d'autorisation approprié. Dans la plupart des cas, nous pouvons facturer une somme raisonnable pour couvrir nos frais de copie et d'envoi postal des informations demandées, conformément à la loi en vigueur.

Si vous demandez des dossiers qui ne sont pas en notre possession, nous vous communiquerons par écrit qui détient les dossiers si cette information nous est connue.

Nous pouvons refuser par écrit votre demande d'inspection ou de réception de copies dans certaines circonstances limitées. Si l'accès à vos IMP vous est refusé, vous pouvez demander que cette décision de refus soit réexaminée en envoyant une demande écrite au représentant de la protection de la vie privée HIPAA à l'adresse indiquée ci-dessous. Cet examen sera effectué par un professionnel de santé agréé n'ayant pas participé à la décision de refus.

Dans la mesure où nous détenons un dossier de santé électronique concernant vos IMP, vous avez également le droit de recevoir ces IMP électroniques sous la forme et le format électroniques que vous demandez s'ils sont facilement reproductibles et, dans le cas contraire, dans une forme et un format électroniques lisibles mutuellement convenus, et de nous demander de transmettre une copie électronique directement à un tiers que vous aurez désigné. Nous pouvons facturer une somme raisonnable, conforme à la loi en vigueur, pour couvrir les frais de copie, transmission et/ou d'envoi postal de vos IMP en réponse à votre demande.

- **Remarque : les demandes de copies de vos dossiers de prescription à la Pharmacie, notamment à des fins de déclaration fiscale, ne sont pas considérées comme des Demandes d'accès formelles et sont traitées directement par la Pharmacie. Si vous souhaitez exercer votre droit d'accès à vos IMP, vous devez demander au pharmacien un formulaire spécial de « Demande d'accès HIPAA ».**

Demande de modification. Vous avez le droit de demander une modification de vos IMP conservées par la Pharmacie aussi longtemps que ces informations sont conservées par ou pour la Pharmacie. Votre demande doit être effectuée par écrit, et vous devez indiquer la raison de la demande de modification.

Nous pouvons refuser votre demande de modification si les informations (a) n'ont pas été créées par la Pharmacie, sauf si l'auteur original des informations n'a plus la disponibilité d'agir sur votre demande ; (b) ne font pas partie des IMP conservées par ou pour la Pharmacie ; (c) ne font pas partie des informations pour lesquelles vous avez un droit d'accès ; (d) sont déjà exactes et complètes, selon l'avis de la Pharmacie.

Si nous refusons votre demande de modification, nous vous fournirons un refus écrit comprenant les raisons du refus et le droit de soumettre une déclaration écrite de désaccord avec le refus.

- **Remarque : les demandes simples formulées auprès de la Pharmacie, notamment un changement d'adresse ou d'information sur l'assurance, ne sont pas considérées comme des Demandes formelles de modification et sont traitées directement par la Pharmacie. Si vous souhaitez exercer votre droit de demande de modification de vos IMP, vous devez demander au pharmacien un formulaire spécial de « Demande de modification HIPAA ».**

Demande d'une comptabilité des divulgations. Vous avez le droit de demander une « comptabilité » de certaines divulgations de vos IMP. Il s'agit d'une liste des divulgations effectuées par la Pharmacie ou par d'autres personnes en son nom, mais elle ne comprend pas les divulgations pour le traitement, le paiement ou des opérations de soins de santé, les divulgations effectuées conformément à votre autorisation et certaines autres exceptions.

Pour solliciter une comptabilité des divulgations, vous devez demander au pharmacien un formulaire spécial « Demande de comptabilité HIPAA », en indiquant une période comprise dans une durée de six ans à partir de la date de votre demande, ainsi que la liste des localisations de toutes les pharmacies auxquelles vous demandez une comptabilité. La première comptabilité fournie dans une période de 12 mois sera gratuite ; pour les autres demandes, nous pourrions vous facturer des frais.

Demande de communications confidentielles par d'autres moyens. Vous avez le droit de demander que nous communiquions avec vous concernant les sujets relatifs à votre santé d'une manière déterminée. Nous répondrons à vos demandes raisonnables.

- **Remarque : les demandes simples formulées à la Pharmacie, notamment appeler un patient dans un autre lieu lorsqu'une prescription est prête, ne sont pas considérées comme des Demandes de communications confidentielles formelles et sont traitées directement par la Pharmacie. Si vous souhaitez exercer votre droit de demander des communications confidentielles par d'autres moyens, vous devez demander au pharmacien un formulaire spécial de « Demande de communications confidentielles HIPAA ».**

Demander que quelqu'un agisse en votre nom. Si vous avez donné à une personne une procuration médicale ou si quelqu'un est votre tuteur légal, cette personne peut exercer vos droits et faire des choix concernant vos informations médicales. Nous nous assurerons que cette personne dispose de cette autorité et puisse agir en votre nom avant d'effectuer une action quelconque.

Demander d'une copie papier de cet Avis. Vous avez le droit d'obtenir une copie papier de cet Avis, même si vous avez accepté de recevoir cet Avis par voie électronique. Vous pouvez demander une copie de cet Avis à tout moment. **En outre, vous pouvez obtenir une copie de cet Avis sur notre site Internet à l'adresse suivante : www.hannaford.com**, ainsi que sur notre application pharmacie.

VI. POUR DES INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES OU POUR DÉPOSER UNE RÉCLAMATION

Si vous avez des questions à propos de cet Avis ou si vous souhaitez des informations complémentaires concernant vos droits au respect de la vie privée HIPAA, veuillez contacter le Responsable de la protection de la vie privée HIPAA au 207-885-3091, à l'adresse P.O. Box 1000, Mail Sort 9805, Portland, ME 04104 ou à l'adresse électronique privacy@retailbusinessservices.com. Si vous pensez que vos droits au respect de la vie privée ont été violés, vous pouvez déposer une réclamation par écrit auprès de la Pharmacie ou auprès du Bureau des droits civiques du département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis. Nous n'exercerons aucune représaille sur vous si vous déposez une réclamation.

Pour déposer une réclamation auprès de la Pharmacie, vous pouvez demander un Formulaire de réclamation HIPAA dans votre officine, ou bien contacter le Responsable de la protection de la vie privée HIPAA aux coordonnées indiquées ci-dessus. Pour déposer une réclamation auprès du Bureau des droits civiques, envoyez votre réclamation écrite par courrier au Bureau des droits civiques, Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ou par courrier électronique à l'adresse suivante : OCRComplaint@hhs.gov ou par voie électronique sur le site ; https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf.

VII. CHANGEMENTS DE CET AVIS

Nous nous réservons le droit de changer cet Avis et de rendre effectives les dispositions révisées ou nouvelles de cet Avis pour toutes les IMP déjà reçues et conservées par la Pharmacie, ainsi que toutes les IMP que nous recevrons à l'avenir. Nous posterons une copie de cet Avis révisé sur notre site Internet (www.hannaford.com) ainsi que sur notre application et nous enverrons une copie de cet Avis révisé aux Pharmacies Hannaford.

VIII. LOIS NATIONALES PLUS STRICTES

Si votre État dispose d'une législation ou d'une réglementation plus stricte que la loi sur le respect de la vie privée HIPAA, nous sommes tenus de nous y conformer. Si vous souhaitez des informations complémentaires sur les protections législatives nationales dans votre État, veuillez contacter le Responsable du respect de la vie privée HIPAA au 207-885-3091, à l'adresse P.O. Box 1000, Mail Sort 9805, Portland, ME 04104 ou à l'adresse électronique privacy@retailbusinessservices.com.

Accusé de réception de cet avis sur les pratiques relatives à la vie privée

Si vous n'avez pas fourni votre signature accusant réception de cet Avis à la pharmacie, veuillez remplir la section ci-dessous, détacher cette partie et la retourner à la pharmacie dans laquelle vous avez obtenu votre prescription :

En apposant ma signature ci-dessous, je reconnais avoir reçu une copie de l'Avis sur les pratiques relatives à la vie privée des pharmacies Hannaford :

Nom du client/de la cliente

Signature

Date

Nom de la pharmacie/Adresse

Numéro de prescription

En cas de signature par le représentant personnel du (de la) patient(e), veuillez écrire votre nom en lettres majuscules et indiquer votre relation au client ou à la cliente ou toute autre autorité pour agir :

Nom en lettres majuscules

Relation au patient ou à la patiente