

---

## **Politique de confidentialité de Dr Normand Bach Orthodontiste**

**Date d'entrée en vigueur : 1<sup>er</sup> janvier 2025**

Chez **Dr Normand Bach, orthodontiste**, nous nous engageons à protéger la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels de nos patients. Cette **politique de confidentialité** explique comment nous recueillons, partageons, utilisons et protégeons vos renseignements personnels conformément aux lois et réglementations applicables.

### **Informations que nous recueillons**

Nous recueillons des renseignements personnels auprès de nos patients pour leur fournir des services d'orthodontie. Ces informations peuvent inclure, sans se limiter :

- Des coordonnées telles que votre nom, votre adresse postale, votre adresse courriel et votre numéro de téléphone ;
- Des informations démographiques telles que votre âge et votre genre ;
- Des informations sur la santé telles que vos antécédents médicaux, vos médicaments actuels et vos allergies ;
- Des informations sur l'assurance, telles que votre numéro de police et votre compagnie d'assurance ;
- Des informations biométriques telles que radiographie, fichiers numériques dentaires, scan, photographies et autres imagerie dentaires.

### **Comment nous utilisons vos informations**

Nous utilisons vos renseignements personnels pour vous fournir des soins d'orthodontie, notamment :

- Faciliter la prise de rendez-vous ;
- Effectuer des examens et des traitements d'orthodontie ;
- Maintenir et mettre à jour les dossiers dentaires ;
- Gérer les comptes des patients ;
- Vous contacter avec des rappels et des informations de suivi ;
- Traiter les paiements et les réclamations d'assurance.

Nous pouvons également utiliser vos informations pour améliorer nos services d'orthodontie et pour nous conformer aux exigences légales et réglementaires.

Nous ne recueillons que les renseignements personnels nécessaires aux fins identifiées dans la présente politique. Les renseignements personnels **ne sont pas** utilisés ou divulgués à des fins autres que celles pour lesquelles elles ont été recueillies, sauf avec le consentement de la personne concernée ou si la loi l'exige. Les renseignements personnels ne sont conservés que le temps nécessaire à la réalisation de ces fins. L'Ordre des dentistes du Québec nous demande de conserver vos dossiers 5 ans après la dernière note au dossier, après quoi, les informations doivent être détruites.

### **Nos méthodes de collecte**

Les renseignements personnels seront recueillis au moyen d'une combinaison de formulaires en ligne et sur papier, d'entrevues en personne et de toute communication avec le personnel de la clinique de **Dr Normand Bach, orthodontiste**.

### **Le partage d'informations**

Nous ne partageons pas vos renseignements personnels avec des tiers sauf, si cela est nécessaire pour la prestation de services dentaires, comme avec des laboratoires dentaires pour la création d'appareils dentaires, ou avec des compagnies d'assurance pour le traitement des réclamations.

**Dr Normand Bach, orthodontiste** s'engage à ne pas donner, vendre ou louer vos informations personnelles à des tiers.

Nous ne partagerons les informations qu'avec votre consentement ou lorsque la loi l'exige.

### **La localisation de vos informations**

Les renseignements personnels sont généralement conservés ou traités dans des installations situées au Québec uniquement. Certaines de ces données peuvent être traitées par des tiers à l'extérieur du Québec. Si tel est le cas **Dr Normand Bach, orthodontiste** prends les mesures raisonnables pour s'assurer de la protection de vos données avec les tiers en question.

### **La sécurité des informations**

Nous prenons des mesures raisonnables pour protéger vos renseignements personnels contre tout accès, utilisation ou divulgation non autorisés. Malgré cela, aucun mécanisme de sécurité ne peut garantir une protection parfaite et il existera toujours un certain risque résiduel.

Notre bureau utilise des systèmes de dossiers sécurisés, une gestion efficace des identités et des accès et des protections physiques pour protéger vos informations, le tout conformément aux lois et réglementations en vigueur.

### **Vos droits**

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification ou de suppression de vos informations personnelles. Vous pouvez retirer votre consentement à la collecte et à l'utilisation de vos renseignements personnels à tout moment. Cependant, cela pourrait empêcher **Dr Normand Bach, orthodontiste** de vous fournir des soins orthodontiques adéquats. Vous avez tous les droits conformes aux exigences légales et réglementaires. Si vous souhaitez exercer ces droits, veuillez nous contacter au 514-340-2224 ou au [info@orthodontistemontreal.com](mailto:info@orthodontistemontreal.com).

### **Modifications de notre politique de confidentialité**

Nous nous réservons le droit de modifier cette politique de confidentialité à tout moment afin de maintenir la conformité et tenir compte de tout changement à notre processus de collecte des renseignements personnels.

Si nous apportons des modifications importantes à la politique, nous vous en informerons publiant un avis ou en mettant en ligne une nouvelle version de la politique sur notre site Web.

### **Contactez-nous**

Si vous avez des questions concernant notre politique de confidentialité ou le traitement de vos renseignements personnels, veuillez nous contacter au 514-340-2224 ou au [info@orthodontistemontreal.com](mailto:info@orthodontistemontreal.com).

### **Date d'entrée en vigueur**

1<sup>er</sup> Janvier 2025

### **Date de la dernière mise à jour**

15 mai 2025

## Formulaire de consentement pour la collecte et l'utilisation de renseignements personnels

---

Je soussignée(e), \_\_\_\_\_ donne par la présente mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels par **Dr Normand Bach, orthodontiste** dans le but de me fournir des services dentaires.

Je reconnais avoir reçu des informations sur la manière dont mes renseignements personnels seront collectés, utilisés, partagés, stockés et protégés.

Je reconnais avoir reçu des informations sur mes droits relatifs à mes renseignements personnels.

Les informations précédentes se retrouvent dans la politique de confidentialité de **Dr Normand Bach, orthodontiste**.

Je comprends que le consentement est valide tant que je suis patient de **Dr Normand Bach, orthodontiste** et que je peux retirer mon consentement à la collecte et à l'utilisation de mes renseignements personnels à tout moment selon la procédure décrite dans la politique de confidentialité de **Dr Normand Bach, orthodontiste**. Cependant, cela pourrait empêcher **Dr Normand Bach, orthodontiste** de me fournir des services dentaires.

J'ai lu et compris les informations ci-dessus et consens volontairement à la collecte et à l'utilisation de mes renseignements personnels telle que décrite.

Signature :

Nom imprimé :

Date:

## Formulaire de consentement pour la collecte et l'utilisation de renseignements personnels d'une personne mineure

---

Je soussignée(e), \_\_\_\_\_, donne par la présente mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels de la personne mineure, \_\_\_\_\_, dont je suis le/la tuteur/trice légal(e), par **Dr Normand Bach, orthodontiste** dans le but de lui fournir des services dentaires.

Je reconnais avoir reçu des informations sur la manière dont ses renseignements personnels seront collectés, utilisés, partagés, stockés et protégés.

Je reconnais avoir reçu des informations sur ses droits relatifs aux renseignements personnels. Les informations précédentes se retrouvent dans la politique de confidentialité de **Dr Normand Bach, orthodontiste**.

Je comprends que le consentement est valide tant que la personne mineure est patiente **Dr Normand Bach, orthodontiste** et que je peux retirer le consentement à la collecte et à l'utilisation des renseignements personnels de \_\_\_\_\_ à tout moment selon la procédure décrite dans la politique de confidentialité de **Dr Normand Bach, orthodontiste**. Cependant, cela pourrait empêcher **Dr Normand Bach, orthodontiste** de lui fournir des services dentaires.

J'ai lu et compris les informations ci-dessus et consens volontairement à la collecte et à l'utilisation des renseignements personnels telle que décrite.

Signature :

Nom imprimé :

Nom imprimé de la personne mineure :

Date: