

CONFIDENTIALITÉ ET CONFORMITÉ



TeamVision s'engage à garantir la sécurité et la confidentialité des données des patients et à fournir à nos partenaires optométristes/propriétaires de cabinets et à leur personnel les outils et les ressources nécessaires pour se conformer aux normes réglementaires et de conformité.

CONFIDENTIALITÉ PROCÉDURES

- Autorisation d'utilisation et de divulgation des informations personnelles protégées
- Avis de confidentialité relatif au traitement des informations personnelles

CONFORMITÉ FORMATION

- Formation annuelle du personnel couvrant la conformité réglementaire et celle de l'entreprise, la confidentialité, la santé et la sécurité, ainsi que la protection des actifs.

MEILLEURES PRATIQUES

- Responsables de la conformité
- *Examen des dossiers*
- Audit de facturation

FORMULAIRE DE CONFORMITÉ DE TEAMVISION CANADA APERÇU



Autorisation d'utilisation et de divulgation de renseignements personnels protégés

(Autorisation de commercialisation au Canada)

- Si un client ne donne pas son consentement verbal, vous pouvez vous appuyer sur la relation commerciale existante (le patient a consulté un optométriste au cours des deux dernières années et n'a pas mentionné son refus ou le retrait de son consentement).
- Formulaire disponible en français à faire signer par les patients, à scanner dans OptiPro et à sélectionner dans Ciao! Optical. OUI/NON

Autorisation d'Utiliser et de Communiquer des Renseignements Personnels

En signant cette Autorisation, vous autorisez [INSERER LE NOM DE LA PRATIQUE] (« Société ») à utiliser et à communiquer vos renseignements personnels, y compris votre nom, votre adresse, vos renseignements sur les soins de santé et vos examens optométriques (y compris les examens, les lentilles de contact et les lunettes), à TeamVision, afin que TeamVision puisse vous fournir des informations sur les produits et les services susceptibles de vous intéresser.

En outre, vous reconnaissiez et acceptez ce qui suit :

- Je comprends que je n'ai pas besoin de signer cette Autorisation pour recevoir un traitement des services ou du matériel de la part de la Société.
- Je comprends que la Société peut recevoir une rémunération directe ou indirecte d'une autre partie en rapport avec l'utilisation ou la communication de mes renseignements personnels aux fins détaillées ci-dessus.
- Je comprends que je peux recevoir une copie de la présente Autorisation en envoyant un courriel à la société à l'adresse [insérer l'adresse électronique du cabinet] ou en écrivant à la société à l'adresse suivante : [insérer l'adresse physique du cabinet].
- Je comprends que les renseignements personnels faisant l'objet de la présente Autorisation peuvent être partagés par la loi. Certaines lois peuvent interdire à TeamVision de communiquer mes renseignements à une autre partie, à moins d'avoir une autre autorisation de ma part ou à moins que la communication ultérieure ne soit spécifiquement autorisée ou requise par la loi.
- Je comprends que j'ai le droit de révoquer cette Autorisation à tout moment en cliquant sur le bouton de désabonnement dans mon message électronique commercial que je reçois, en me renseignant à la société à [insérer l'adresse électronique du cabinet] ou en écrivant à la société à : [insérer l'adresse physique du cabinet].

La révocation de la présente Autorisation n'aura aucun effet sur les actions entreprises sur la base de l'autorisation effective avant la réception de la notification de ma révocation.

Signature: _____

Nom: _____

Date: _____

Avis de confidentialité concernant le traitement des renseignements personnels

- Présentez au client l'avis de confidentialité expliquant la collecte et l'utilisation de ses renseignements personnels ainsi que les pratiques de l'organisation en matière de confidentialité.
- Le site devra afficher la politique en vigueur (qui peut être plastifiée) et en fournir des copies sur demande.

Avis de confidentialité pour le traitement des renseignements personnels

Cet avis de confidentialité explique comment [nom de l'entité] collecte, utilise, conserve et communique des renseignements personnels vous concernant de la façon décrite dans le présent avis.

Dans le cadre de votre utilisation des services d'optométrie de [nom de l'entité], les renseignements personnels vous concernant suivants pourront être collectés, utilisés, conservés et communiqués :

- Prénom et nom de famille
- Sexe
- Langue
- Coordonnées (p. ex., adresse, numéro de téléphone)
- Renseignements de paiement (p. ex., renseignements bancaires, renseignements relatifs à votre carte de crédit ou carte de débit)
- Renseignements personnels de santé (p. ex., antécédents médicaux, y compris les affections médicales existantes, prescriptions, problèmes de vision, résultats d'exams médicaux)

Vos renseignements personnels seront collectés aux fins suivantes :

- Traitement. [Nom de l'entité] peut utiliser ou communiquer vos renseignements personnels à des fins liées à votre traitement, y compris les examens optométriques, et d'autres services de santé que vous demandez.
- Paiement. [Nom de l'entité] peut utiliser ou communiquer vos renseignements personnels afin de faciliter les paiements, y compris la facturation, le traitement des paiements, la soumission de réclamations d'assurance et la divulgation à des agences de renseignements sur le consommateur.
- Activités commerciales. [Nom de l'entité] peut utiliser ou divulguer des renseignements personnels vous concernant pour le bénéfice de ses activités

commerciales, y compris l'assurance de la qualité des services et les activités concernant la conformité de l'entreprise.

[Nom de l'entité] peut communiquer vos renseignements personnels aux tiers suivants dans le cadre des fins énoncées :

- à l'optométriste, l'ophtalmologiste, l'opticien ou à d'autres fournisseurs de soins de santé vous traitant
- à ses distributeurs, fournisseurs de services ou consultants, nommément [Remarque : à compléter]
- à un membre de la famille, à un ami ou à une autre personne dans la mesure nécessaire pour vous aider avec votre traitement ou le paiement comme décrit ci-dessus, et seulement si vous fournissez votre consentement exprès à [nom de l'entité].

Si vous avez besoin d'aide pour comprendre le consentement demandé et ses conséquences, si vous souhaitez exercer votre droit d'accéder à vos renseignements personnels ou de les rectifier, ou si vous souhaitez retirer votre consentement à la communication ou à l'utilisation de vos renseignements personnels, vous pouvez communiquer avec le responsable de la protection de la vie privée de [nom de l'entité] au []. Vous trouverez de plus amples renseignements ici : [insérer le lien vers la politique de confidentialité].

[Nom de l'entité] peut changer cet avis de confidentialité si ces fins changent ou si de nouvelles collectes, utilisations ou communications sont mises en œuvre. Dans ce cas, [Nom de l'entité] rendra disponible l'avis de confidentialité mis à jour.

AUTORISATION D'UTILISATION ET DE DIVULGATION DE (AUTORISATION DE COMMERCIALISATION AU CANADA)



Compte tenu de la relation avec la société professionnelle (PC), nous devons obtenir l'accord du client autorisant la PC à partager ses informations avec TeamVision.

L'objectif de ce formulaire est d'autoriser TeamVision à faire de la publicité auprès des clients du cabinet. Un client n'est pas tenu de signer ce formulaire pour bénéficier des traitements, services ou matériels du cabinet :

- Chaque site disposera d'un formulaire spécifique à faire signer par le patient. Une copie originale sera envoyée par e-mail au cabinet pour modification, et des versions PDF sont disponibles dans le dossier « Ciao! Optical Toolkit Document Folder ».
- Le formulaire comprend deux moyens pour les patients de contacter le cabinet (e-mail et courrier). Pour les e-mails, nous utilisons le compte e-mail partagé TeamVision du cabinet. Pour les demandes physiques, nous utilisons l'adresse du cabinet.
- Le formulaire devra être joint à vos formulaires d'admission des patients actuels. Il peut être utilisé sous forme numérique via les systèmes EHR ; les cabinets doivent le configurer.
- Le patient doit lire le formulaire et le renvoyer au membre du personnel. Il doit être clair pour le patient que la signature de ce document est facultative pour que le consentement soit valide.

Autorisation d'Utiliser et de Communiquer des Renseignements Personnels:

En signant cette Autorisation, vous autorisez [INSÉRER LE NOM DE LA PRATIQUE] (« Société ») à utiliser et à communiquer vos renseignements personnels, y compris votre nom, votre adresse électronique et des informations sur les soins de la vue que vous avez reçus (tels que les examens, les tentatives de contact et les lunettes), à TeamVision, afin que TeamVision puisse vous fournir des informations sur les produits et les services susceptibles de vous intéresser.

En outre, vous reconnaisssez et acceptez ce qui suit :

- Je comprends que je n'ai pas besoin de signer cette Autorisation pour recevoir un traitement, des services ou du matériel de la part de la Société.
- Je comprends que la Société peut recevoir une remunération directe ou indirecte d'une autre partie pour la collecte, la conservation ou la communication de mes renseignements personnels aux fins décrites ci-dessous.
- Je comprends que je peux recevoir une copie de la présente Autorisation en envoyant un courriel à la société à l'adresse [insérer l'adresse électronique du cabinet] ou en écrivant à la société à l'adresse [insérer l'adresse physique du cabinet].
- Je comprends que les renseignements que j'accepte dans cette Autorisation peuvent être utilisés à toute fin légale, y compris la promotion ou la communication de mes renseignements de ma part ou à moins que la communication ultérieure ne soit spécifiquement autorisée ou requise par la loi.
- Je comprends que je ai le droit de révoquer cette Autorisation à tout moment en cliquant sur le bouton de désabonnement dans tout message électronique commercial que je reçois, en envoyant un courriel à la société à [insérer l'adresse électronique du cabinet] ou en écrivant à la société à l'adresse [insérer l'adresse physique du cabinet].

La révocation de la présente Autorisation n'aura aucun effet sur les actions entreprises sur la base de l'autorisation effective avant la réception de la notification de ma révocation.

Signature: _____
Nom: _____
Date: _____

Le patient reconnaît, accepte et signe	Le patient ne signe pas le formulaire
<ul style="list-style-type: none">• Numérisez/enregistrez dans votre système de DSE (et éliminez le document papier de manière appropriée, c'est-à-dire en le déchiquetant). Assurez-vous également que toutes les mentions relatives à la communication marketing (distinctes des rappels de rendez-vous) sont marquées « Oui ».• Dans Ciao! Optical, cochez « Oui » dans la section « Marketing Opt In » (Acceptation du marketing) du profil du patient. Vous devrez également saisir l'adresse e-mail du patient (obligatoire pour « Oui - Marketing Opt In »).	<ul style="list-style-type: none">• Numérisez/enregistrez dans votre système EHR (et éliminez correctement le document papier, c'est-à-dire déchiquetez-le). Assurez-vous également que toutes les mentions relatives à la communication marketing (distinctes des rappels de rendez-vous) sont cochées « Non ».• Dans Ciao! Optical, cochez « Non » dans la section « Marketing Opt In » (Acceptation du marketing) du profil du patient. Vous devrez également saisir l'adresse e-mail du patient (obligatoire pour « Oui - Marketing Opt In »).

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ CONCERNANT LE TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL



La Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE) et d'autres lois provinciales établissent les règles de base régissant la manière dont les organisations du secteur privé collectent, utilisent et divulguent les renseignements personnels dans le cadre d'activités commerciales à but lucratif au Canada.

- Chaque site disposera d'un formulaire spécifique à présenter au client. Une copie originale sera envoyée par e-mail au cabinet afin d'être modifiée, et des versions PDF sont disponibles dans le dossier « Ciao! Optical Toolkit Document Folder ».
 - Les PC peuvent ajouter le logo ou les coordonnées de l'entreprise en plus du modèle standard.
 - Le PC se chargera de la maintenance.
- Le formulaire devra être joint à vos formulaires d'admission des patients actuels. Il peut être utilisé sous forme numérique via les systèmes de dossiers médicaux électroniques ; les cabinets doivent le configurer.
- Le client doit lire le formulaire « Avis de confidentialité concernant le traitement des renseignements personnels » afin de prendre connaissance des pratiques en matière de confidentialité.

Avis de confidentialité pour le traitement des renseignements personnels

Cet avis de confidentialité explique comment [Nom de l'entité] collecte, utilise, conserve et communique des renseignements personnels vous concernant de la façon décrite dans le présent avis.

Dans le cadre de votre utilisation des services d'optométrie de [Nom de l'entité], les renseignements personnels vous concernant suivants pourront être collectés, utilisés, conservés et communiqués :

- a. Prénom et nom de famille
- b. Sexe
- c. Langue
- d. Coordonnées (p. ex., adresse, numéro de téléphone)
- e. Renseignements de paiement (p. ex., renseignements bancaires, renseignements relatifs à votre carte de crédit ou carte de débit)
- f. Renseignements personnels de santé (p. ex., antécédents médicaux, y compris les affections médicales existantes, prescriptions, problèmes de vision, résultats d'exams médicaux)

Vos renseignements personnels seront collectés aux fins suivantes :

1. **Traitement**: [Nom de l'entité] peut utiliser ou communiquer vos renseignements personnels à des fins liées à votre traitement, y compris des examens automatiques, et d'autres services de santé que vous demandez.
2. **Paiement**: [Nom de l'entité] peut utiliser ou communiquer vos renseignements personnels afin de faciliter les paiements, y compris la facturation, le traitement des paiements, la soumission de réclamations d'assurance et la divulgation à des agences de renseignement sur le consommateur.
3. **Activités commerciales**: [Nom de l'entité] peut utiliser ou divulguer des renseignements personnels vous concernant pour le bénéfice de ses activités

commerciales, y compris l'assurance de la qualité des services et les activités concernant la conformité de l'entreprise.

[Nom de l'entité] peut communiquer vos renseignements personnels aux tiers suivants dans le cadre des fins énoncées :

- a) à l'optomériste, l'ophtalmologue, l'opticien ou à d'autres fournisseurs de soins de santé vous traitant
- b) à ses distributeurs, fournisseurs de services ou consultants, notamment [Remarque : à compléter]
- c) à un membre de la famille, à un ami ou à une autre personne dans la mesure nécessaire pour vous aider avec votre traitement ou le paiement comme décrit ci-dessus, et seulement si vous fournissez votre consentement exprès à [Nom de l'entité]

Si vous avez besoin d'aide pour comprendre le consentement demandé et ses conséquences, si vous souhaitez exercer votre droit d'accéder à vos renseignements personnels ou de les rectifier, ou si vous souhaitez retirer votre consentement à la communication ou à l'utilisation de vos renseignements personnels, vous pouvez communiquer avec le responsable de la protection de la vie privée de [Nom de l'entité] au [§]. Vous trouverez de plus amples renseignements ici [Préface le lien vers la politique de confidentialité].

[Nom de l'entité] peut changer cet avis de confidentialité si ces fins changent ou si de nouvelles collectes, utilisations ou communications sont mises en œuvre. Dans ce cas, [Nom de l'entité] rendra disponible l'avis de confidentialité mis à jour.

TEAMVISION CANADA CONSERVATION DES DOSSIERS



Au Québec, la période minimale de conservation des dossiers clients est de 5 ans à compter de la date du dernier service rendu.

De plus, au Québec, un opticien doit conserver l'ordonnance dans le dossier de son client (article 2.02 du [Règlement sur la tenue de dossiers et les bureaux des opticiens de la vue](#)).

RESPONSABLES DE LA CONFORMITÉ TEAMVISION



TeamVision s'appuiera sur ses responsables de terrain et ses responsables de cabinet pour gérer la conformité :

- Les chefs de projet et les chefs de projet adjoints sont chargés de veiller à ce que leurs équipes et leurs optométristes respectent les formations et les processus requis par le cabinet:
 - Le service des opérations fournira des rapports de saturation de la formation afin de s'assurer que tous les employés et les OD affiliés sont en conformité.
- En cas de problème lié à la confidentialité (action du personnel, demande/plainte d'un patient, etc.), le PM doit s'associer au RM (directeur régional) et consulter le guide « If/Then » pour obtenir des conseils/connaître les étapes suivantes.
- Les directeurs régionaux s'associeront aux opérations de TeamVision et à Jennifer Volk, responsable de la confidentialité chez EssilorLuxottica, pour déterminer les étapes supplémentaires à suivre (par exemple, signalement aux services réglementaires, etc.).

Formation à la conformité Leonardo :

- Obligatoire dans les 30 premiers jours (transition vers TeamVision et/ou nouvelle embauche).
- Les sites peuvent accéder à Leonardo directement depuis la boîte à outils Ciao! Optical ou sur [la plateforme Leonardo Learning | EssilorLuxottica](#) (connexion avec LUX ID et mot de passe réseau).
- La dernière version de la formation Leonardo Compliance Training avec les cours obligatoires se trouve dans le dossier Ciao! Optical Toolkit Document Folder.

The screenshot shows two tables of training courses:

Catégorie	La durée	Leçon avec lien	Employé
Conformité des soins de santé	30 min	ADA Training – North America	Oui
	10 min	Corporation Privacy Training	Oui
Protection des données	À venir	Code of Ethics	Oui
	20 min	Anti-Corruption and Bribery Awareness	Oui
Opérations en magasin	15 min	Introduction To Asset Protection	Oui
	10 min	Recognizing and Avoiding Phone Scams	Oui
Harcèlement au travail	2028	New Workplace Harassment: Employees	Oui, employés
	2028	New Workplace Harassment: Managers	Oui, Responsables
	15 min	The 3 Rs Of Shoplifting Prevention	Oui
	45 min	2025 Injury and Accident Prevention	Oui
		2025 Incident, Injury and Illness Reporting	Oui
		2. 2025 Injury and Accident Prevention	Oui
		3. 2025 Electrical Safety	Oui
Santé & sécurité	40 min	2025 Workplace Emergency	Oui
		1. 2025 Emergency Response	Oui
		2. 2025 De-Escalating Conflict	Oui
		3. 2025 Active Shooter, Response and Procedures	Oui
	45 min	2025 Hazardous Materials Handling	Oui
		1. 2025 Hazardous Waste Management in Stores	Oui
		2. 2025 Dangerous Goods Shipping Awareness	Oui
		3. 2025 Waste Management In Stores	Oui

Leçons supplémentaires pour les gestionnaires:

Catégorie	La durée	Leçon avec lien	Employé
Conformité éthique	45 min	Wage And Hour Training For Managers	Oui, Responsables
	15 min	Employee Retention For Managers Of People	Oui, Responsables

PRIVACY & COMPLIANCE



TeamVision is dedicated to the security and privacy of patient data and providing our partner ODs/PC Owners and staff with the tools and resources to align to regulatory and compliance standards.

PRIVACY PROCESSES

- Authorization for Use and Disclosure of Protected Personal Information
- Privacy Notice for Personal Information Processing

COMPLIANCE TRAINING

- Annual training for Staff that covers Company & Regulatory Compliance, Privacy, Health & Safety and Asset Protection

BEST PRACTICES

- Compliance Officers
- *Chart Review*
- Billing Audit

TEAMVISION CANADA COMPLIANCE FORM OVERVIEW



Authorization for Use and Disclosure of Protected Personal Information (Canada Marketing Authorization)

- If a customer doesn't give verbal consent, you can leverage existing business relationship (patient has seen OD within 2 years and does not mention his or her refusal or withdrawal of consent).
- Form available in French for patients to sign, scan in OptiPro and make the applicable Ciao! Optical selection YES/NO

Autorisation d'Utiliser et de Communiquer des Renseignements Personnels

En signant cette Autorisation, vous autorisez [INSERER LE NOM DE LA PRATIQUE] (« Société ») à utiliser et à communiquer vos renseignements personnels, y compris votre nom, votre adresse électronique et des informations sur les soins de la vue que vous avez reçus (tels que les examens, les lentilles de contact et les lunettes), à TeamVision, afin que TeamVision puisse vous fournir des informations sur les produits et les services susceptibles de vous intéresser.

En outre, vous reconnaisssez et acceptez ce qui suit :

- Je comprends que je n'ai pas besoin de signer cette Autorisation pour recevoir un traitement, des services ou du matériel de la part de la Société.
- Je comprends que la Société peut recevoir une rémunération directe ou indirecte d'une autre partie en rapport avec l'utilisation ou la communication de mes renseignements personnels.
- Je comprends que je peux recevoir une copie de la présente Autorisation en envoyant un courriel à la société à l'adresse [insérer l'adresse électronique du cabinet] ou en écrivant à la société à l'adresse suivante :
[insérer l'adresse physique du cabinet]
- Je comprends que les renseignements personnels faisant l'objet de la présente Autorisation peuvent être utilisés par la loi ou les réglementations pertinente à TeamVision, de communiquer mes informations à une autre partie, à moins qu'il n'y ait une autorisation de ma part ou à moins que la communication ultérieure ne soit spécifiquement autorisée ou requise par la loi.
- Je comprends que j'ai le droit de révoquer cette Autorisation à tout moment en cliquant sur le bouton de désabonnement dans tout message électronique commercial que je reçois, en envoyant un courriel à la société à [insérer l'adresse électronique du cabinet] ou en écrivant à la société à
[insérer l'adresse physique du cabinet]

La révocation de la présente Autorisation n'aura aucun effet sur les actions entreprises sur la base de l'autorisation effective avant la réception de la notification de ma révocation.

Signature: _____

Nom: _____

Date: _____

Privacy Notice for Personal Information Processing

- Present to the customer the privacy notice explaining the collection and use of their personal information and the organization's privacy practice.
- Site will need to have actual policy presented (can be laminated) and copies available upon request.

Avis de confidentialité pour le traitement des renseignements personnels

Cet avis de confidentialité explique comment [Nom de l'entité] collecte, utilise, conserve et communique des renseignements personnels vous concernant de la façon décrite dans le présent avis.

Dans le cadre de votre utilisation des services d'optométrie de [Nom de l'entité], les renseignements personnels vous concernant suivants pourront être collectés, utilisés, conservés et communiqués :

- Prénom et nom de famille
- Sexe
- Langue
- Coordonnées (p. ex., adresse, numéro de téléphone)
- Renseignements de paiement (p. ex., renseignements bancaires, renseignements relatifs à votre carte de crédit ou carte de débit)
- Renseignements personnels de santé (p. ex., antécédents médicaux, y compris les affections médicales existantes, prescriptions, problèmes de vision, résultats d'exams médicaux)

Vos renseignements personnels seront collectés aux fins suivantes :

- Traitement : [Nom de l'entité] peut utiliser ou communiquer vos renseignements personnels à des fins liées à votre traitement, y compris des examens optométriques, et d'autres services de santé que vous demandez.
- Paiement : [Nom de l'entité] peut utiliser ou communiquer vos renseignements personnels afin de faciliter les paiements, y compris la facturation, le traitement des paiements, la soumission de réclamations d'assurance et la divulgation à des agences de renseignements sur le consommateur.
- Activités commerciales : [Nom de l'entité] peut utiliser ou divulguer des renseignements personnels vous concernant pour le bénéfice de ses activités commerciales, y compris l'assurance de la qualité des services et les activités concernant la conformité de l'entreprise.

[Nom de l'entité] peut communiquer vos renseignements personnels aux tiers suivants dans le cadre des fins énoncées :

- à l'optométriste, l'ophtalmologue, l'opticien ou à d'autres fournisseurs de soins de santé vous traitant
- à ses distributeurs, fournisseurs de services ou consultants, notamment [Remarque : à compléter]
- à un membre de la famille, à un ami ou à une autre personne dans la mesure nécessaire pour vous aider avec votre traitement ou le paiement comme décrit ci-dessus, et seulement si vous fournissez votre consentement exprès à [Nom de l'entité]

Si vous avez besoin d'aide pour comprendre le consentement demandé et ses conséquences, si vous souhaitez exercer votre droit d'accès à vos renseignements personnels ou de les rectifier, ou si vous souhaitez retirer votre consentement à la communication ou à l'utilisation de vos renseignements personnels, vous pouvez communiquer avec le responsable de la protection de la vie privée de [Nom de l'entité] au [Téléphone]. Vous trouverez de plus amples renseignements ici [insérer le lien vers la politique de confidentialité].

[Nom de l'entité] peut changer cet avis de confidentialité si ces fins changent ou si de nouvelles collectes, utilisations ou communications sont mises en œuvre. Dans ce cas, [Nom de l'entité] rendra disponible l'avis de confidentialité mis à jour.

AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED PERSONAL INFORMATION (CANADA MARKETING AUTHORIZATION)



Given the relationship with the PC (Professional Corporation), we need to capture acknowledgement from the customer that allows the PC to share their information with TeamVision.

The purpose of this form is to authorize TeamVision to market to the customers of the practice. A customer is not required to sign this form to receive treatment, services or materials from the practice:

- Each site will have a specific form for patient's signature. Master copy will be emailed to the practice to edit, and PDF versions are available in the Ciao! Optical Toolkit Document Folder.
- Form includes two channels for patients to contact the practice (email and mail). For email, we are leveraging the practice's TeamVision shared email account. For physical inquiries, we will leverage the practice's address.
- Form will need to be included with your current patient intake forms. Can be leverage digitally through EHR systems; practices to setup.
- Patient should review form and return to staff member. It must be clear to the patient that the signature of this document is optional for the consent to be valid.

Authorization d'Utiliser et de Communiquer des Renseignements Personnels:

En signant cette Autorisation, vous autorisez [DÉPLIER LE NOM DE LA PRATIQUE] (« Société ») à utiliser et à communiquer vos renseignements personnels, y compris votre nom, votre adresse électronique et des informations sur les soins de la vue que vous avez reçus (tels que les examens, les lentilles de contact et les lunettes), à TeamVision afin que TeamVision puisse vous fournir des informations sur les produits et les services susmentionnés de vous intéresser.

En outre, vous reconnaissiez et acceptez ce qui suit :

- Je comprends que je n'ai pas besoin de signer cette Autorisation pour recevoir un traitement, des services ou du matériel de la part de la Société.
- Je comprends que la Société peut recevoir une remunération directe ou indirecte d'une autre partie pour utiliser et communiquer mes renseignements personnels ou la communication de mes renseignements personnels avec d'autres personnes.
- Je comprends que je peux recevoir une copie de la présente Autorisation en envoyant un courriel à la société à l'adresse [insérer l'adresse électronique du cabinet] ou en écrivant à la société à l'adresse [insérer l'adresse physique du cabinet].
- Je comprends que les renseignements personnels faisant l'objet de la présente Autorisation peuvent être utilisés par la Société pour communiquer avec moi et pour faire valoir mes communications avec une autre partie, à moins d'obtenir une autre autorisation de ma part ou à moins que la communication ultérieure ne soit spécifiquement autorisée ou requise par la loi.
- Je comprends que je ai le droit de révoquer cette Autorisation à tout moment en cliquant sur le bouton de désabonnement dans tout message électronique commercial que je reçois, en envoyant un courriel à la société à [insérer l'adresse électronique du cabinet] ou en écrivant à la société à [insérer l'adresse physique du cabinet].

La révocation de la présente Autorisation n'a pas d'effet sur les actions entreprises sur la base de l'autorisation effective avant la réception de la notification de ma révocation.

Signature: _____
Nom: _____
Date: _____

Patient Acknowledge, Accepts and Signs	Patient Doesn't Sign Form
<ul style="list-style-type: none">• Scan/store in your EHR system (and properly dispose of paper – i.e., shred). Also ensure any marketing communication flags (separate from appointment reminders) is marked 'Yes'.• In Ciao! Optical, mark 'Yes' within the Marketing Opt In section of the patient's profile. You will also enter in the patient's email (required for Yes – Marketing Opt In).	<ul style="list-style-type: none">• Scan/store in your EHR system (and properly dispose of paper – i.e., shred). Also ensure any marketing communication flags (separate from appointment reminders) is marked 'No'.• In Ciao! Optical, mark 'No' within the Marketing Opt In section of the patient's profile. You will also enter in the patient's email (required for Yes – Marketing Opt In).

PRIVACY NOTICE FOR PERSONAL INFORMATION PROCESSING



The Personal Information Protection and Electronic Documents Act (PIPEDA) and other provincial laws set the ground rules for how private-sector organizations collect, use, and disclose personal information in the course of for-profit, commercial activities across Canada.

- Each site will have a specific form to present the customer. Master copy will be emailed to the practice to edit, and PDF versions are available in the Ciao! Optical Toolkit Document Folder.
 - PCs may add business logo or business detail in addition to standard template.
 - PC will maintain.
- Form will need to be included with your current patient intake forms. Can be leverage digitally through EHR systems; practices to setup.
- Customer should review the Privacy Notice For Personal Information Processing form as an acknowledgement of privacy practices.

Avis de confidentialité pour le traitement des renseignements personnels

Cet avis de confidentialité explique comment [Nom de l'entité] collecte, utilise, conserve et communique des renseignements personnels vous concernant de la façon décrite dans le présent avis.

Dans le cadre de votre utilisation des services d'optométrie de [Nom de l'entité], les renseignements personnels vous concernant suivants pourront être collectés, utilisés, conservés et communiqués :

- a. Prénom et nom de famille
- b. Sexe
- c. Langue
- d. Coordonnées (p. ex., adresse, numéro de téléphone)
- e. Renseignements de paiement (p. ex., renseignements bancaires, renseignements relatifs à votre carte de crédit ou carte de débit)
- f. Renseignements personnels de santé (p. ex., antécédents médicaux, y compris les affections médicales existantes, prescriptions, problèmes de vision, résultats d'exams médicaux)

Vos renseignements personnels seront collectés aux fins suivantes :

1. **Traitements**, [Nom de l'entité] peut utiliser ou communiquer vos renseignements personnels à des fins liées à votre traitement, y compris des examens **automatiques**, et d'autres services de santé que vous demandez.
2. **Paiement**, [Nom de l'entité] peut utiliser ou communiquer vos renseignements personnels afin de faciliter les paiements, y compris la facturation, le traitement des paiements, la soumission de réclamations d'assurance et la divulgation à des agences de renseignements sur le consommateur.
3. **Activités commerciales**, [Nom de l'entité] peut utiliser ou divulguer des renseignements personnels vous concernant pour le bénéfice de ses activités commerciales, y compris l'assurance de la qualité des services et les activités concernant la conformité de l'entreprise.

[Nom de l'entité] peut communiquer vos renseignements personnels aux tiers suivants dans le cadre des fins énoncées :

- a) à l'optométriste, l'ophtalmologue, l'opticien ou à d'autres fournisseurs de soins de santé vous traitant
- b) à ses distributeurs, fournisseurs de services ou consultants, nommément [Renumerique - à compléter]
- c) à un membre de la famille, à un ami ou à une autre personne dans la mesure nécessaire pour vous aider avec votre traitement ou le paiement comme décrit ci-dessus, et seulement si vous fournissez votre consentement exprès à [Nom de l'entité]

Si vous avez besoin d'aide pour comprendre le consentement demandé et ses conséquences, si vous souhaitez exercer votre droit d'accéder à vos renseignements personnels ou de les rectifier, ou si vous souhaitez retirer votre consentement à la communication ou à l'utilisation de vos renseignements personnels, vous pouvez communiquer avec le responsable de la protection de la vie privée de [Nom de l'entité] au [E-mail]. Vous trouverez de plus amples renseignements ici : [\[Liens vers la politique de confidentialité\]](#).

[Nom de l'entité] peut changer cet avis de confidentialité si ces fins changent ou si de nouvelles collectes, utilisations ou communications sont mises en œuvre. Dans ce cas, [Nom de l'entité] rendra disponible l'avis de confidentialité mis à jour.

[Nom de l'entité] peut changer cet avis de confidentialité si ces fins changent ou si de nouvelles collectes, utilisations ou communications sont mises en œuvre. Dans ce cas, [Nom de l'entité] rendra disponible l'avis de confidentialité mis à jour.

TEAMVISION CANADA RECORD RETENTION



In the province of Quebec, the minimum retention period for the client is 5 years from the date of the last service rendered.

Also, in Quebec, an optician must keep the prescription in its client's record (section 2.02 of the [Regulation respecting the keeping of records and offices of dispensing opticians](#))

TEAMVISION COMPLIANCE OFFICERS



TeamVision will leverage our field and practice leaders to manage compliance:

- PMs and APMs responsible to ensure their teams and ODs are complaint with required training and processes with the practice:
 - Operations will provide training saturation reports to help ensure all employees and affiliated ODs are compliant.
- Should a privacy situation (i.e., staff action, patient request/complaint, etc.) – PM should partner with the RM (Regional Manager) and review If/Then Guide for guidance/next steps.
- RMs will partner with TeamVision Operations and Jennifer Volk, EssilorLuxottica's Privacy Office for additional next steps (i.e., report to regulatory departments, etc.).

Leonardo Compliance Training:

- Required within the first 30 days (transition to TeamVision and/or New Hire).
- Sites can access Leonard directly from the Ciao! Optical Toolkit or at [Leonardo Learning platform | EssilorLuxottica](#) (login with LUX ID and Network Password).
- Latest version of the Leonardo Compliance Training with required courses can be found in Ciao! Optical Toolkit Document Folder.

LEONARDO CONFORMITÉ
Intégration et nouvelle embauche

Accédez à Leonardo directement à partir de la boîte à outils optique Ciao! Optical Toolkit ou [Leonardo Learning platform | EssilorLuxottica](#).
Se connecter avec l'identifiant EssilorLuxottica et le mot de passe du réseau. Utilisez cette liste de contrôle pour compléter les leçons de conformité obligatoires dans les 30 jours suivant la date de conversion ou d'embauche. La plupart des leçons seront accessibles à partir de votre liste de tâches dans Leonardo ou cliquer sur l'hyperlien ci-dessous pour être dirigé vers la leçon.

Catégorie	La durée	Leçon avec lien	Employé
Conformité des soins de santé	30 min	ADA Training – North America	Oui
	10 min	Coronavirus Training	Oui
	À venir	Code of Ethics	Oui
Protection des données	20 min	Anti-Corruption and Bribery Awareness	Oui
	15 min	Introduction To Asset Protection	Oui
	10 min	Recognizing and Avoiding Phone Scams	Oui
Opérations en magasin	2026	New Workplace Harassment: Employees	Oui, employés
	2026	New Workplace Harassment: Managers	Oui, Responsables
Harcèlement au travail	15 min	The 3 Risks Of Shoplifting Prevention	Oui
	45 min	2025 Injury and Accident Prevention 1. 2025 Incident, Injury and Illness Reporting 2. 2025 Electrical Safety 3. 2025 Electrical Safety	Oui
	40 min	2025 Workplace Emergency 1. 2025 Emergency Response 2. 2025 De-Escalating Conflict 3. 2025 Emergency Response Plan and Procedures	Oui
Santé & sécurité	45 min	2025 Hazardous Materials Handling 1. 2025 Hazardous Communication In Stores 2. 2025 Dangerous Goods Shipping Awareness 3. 2025 Waste Management In Stores	Oui

Leçons supplémentaires pour les gestionnaires:

Catégorie	La durée	Leçon avec lien	Employé
Conformité éthique	45 min	Wage And Hour Training For Managers	Oui, Responsables
	15 min	Employee Relations For Managers Of People	Oui, Responsables