



军队卫生系统 隐私规则 通告

2013 年 10 月 1 日生效

本通告说明如何使用和透露你的医疗信息，以及你本人如何能获得此信息。请仔细阅读。



此《隐私规则通告》符合《医疗保险便携性和责任法》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 隐私权规定的要求。如果你对本通告有任何疑问，请与你所在军队治疗设施 (MTF) 的 HIPAA 隐私官联系，或 (如有必要) 国防卫生局 (DHA) 的隐私与公民自由办公室 (DHA 隐私办公室) 联系。请参阅本通告结尾处的“联系信息”。



MHS 有关受保护健康信息 (PHI) 的规则

本通告叙述了 MHS 有关你的 PHI 的规则。本通告中用语“我们”和“我们的”指军队卫生系统 (MHS)。MHS 包括以下：

- MTFs 包括海岸警卫队治疗设施
- 所有 MHS/TRICARE 医疗保健计划
- TRICARE 地区办公室
- TRICARE 管理护理支持承包商以及依照与 MHS 的协议有权获得你的 PHI 的其他组织。然而，承包商网络中的私营部门供应商必须发布他们自己的《隐私规则通告》。
- MHS 和海岸警卫队总部功能，如 DHA 和军事部门总医官的活动。



你，我们关于你你 PHI 的责任

HIPAA 隐私权规定要求 MHS 做到：

- 确保你的 PHI 得到适当的保护
- 你如果我们确定你的 PHI 被不当使用或透露，我们必须通知你
- 为你提供本通告，它说明我们的法律义务，使用并透露你 PHI 的隐私规则
- 遵守已经生效的各通告条款

我们有权修改本通告。 我们可能会随时更改此通告以及我们的隐私规则。任何修订的通告将适用于在修改时我们已经拥有的关于你的 PHI，以及修改生效后我们建立或收到的任何 PHI。我们将在我们的网站上告知你重要的变更和公布修订版。

如何获得本通告的副本。 本通告的文本复印件可在你所在的 MTF 获得，也可以在我们的网站浏览。你可以在你下一次预约时要求得到一份文本复印件，即使你先前已经同意接收本通告的电子版。



我们会如何未经你的许可使用或透露你的 PHI

治疗。 为提供、协调或管理你的医疗保健。例如，我们可能会向其他 **MTF**、医生或医疗保健提供者透露你的 PHI，如专家、药剂师、或实验室，他们可能应你保健提供者的请求参与你的保健护理。

付费。 为你得到的医疗保健服务付费。这可能会包括需要批准的一些活动或支付你的医疗保健服务，如使用或透露你的 **PHI** 以获得住院的批准。

医疗保健业务。 支持有关医疗保健的日常活动。这些活动包括但不限于质量评估活动、病人安全、调查、职员工作表现的监督、医护人员培训、许可证、有关产品或服务的通信，以及进行或安排与其他医疗保健有关的活动。我们不会为保险目的使用或透露任何遗传信息。

业务伙伴。 为 **MHS** 提供各种服务（例如，例如开账单、转录、软件维护、法律服务、以及管理保健支持）的某些公司（“业务伙伴”）。法律要求业务伙伴保护你的 **PHI** 并遵守与我们同样的 **HIPAA** 隐私权标准。

用于军事活动和国家安全的武装部队 PHI。 对于某些官员和特殊的政府功能，包括：

- 如有需要，军事指挥当局必须确保合适地执行军事使命，包括评估是否适合承担任务
- 退伍军人事务部（**VA**）确定你是否有资格享受福利
- 关于他们武装部队的成员的外国军事当局
- 授权的联邦官员从事国家安全或情报活动，或参与总统和其他人的保卫服务

公共卫生。 在法律许可范围内，向公共卫生当局和由其监管的各方提供。他们为何需要你的 PHI 的例子包括疾病、受伤或残疾的预防或控制。

报告虐待、疏忽或家庭暴力的受害者。 向有权接受这些信息的政府当局提供，包括社会服务或保护服务机构。

传染性疾病。 可能有风险感染或传播传染性疾病或症状的个人。

工伤赔偿。 向工伤赔偿计划提供。

卫生监督。 向有合法授权进行审计、调查或检查的健康监督部门提供。此类活动可能包括医疗保健系统、政府福利计划、民权法、以及其他政府监管计划。

法律要求。 根据联邦政府或州政府的法律，向政府和其他实体提供（包括国防部和军事部门的条例）。例如，我们可能被要求向调查是否有违反了 **HIPAA** 情况的健康和人类服务部（**HHS**）透露你的 PHI，或向进行其他调查的国防部监察长透露你的 **PHI**。

法律程序。 向在法院诉讼和行政机关程序中的各方和实体提供，包括回应法院命令或传票。

囚犯。 向惩教设施有关囚犯提供。

验尸官、殡仪主持人、器官捐献者。 向验尸官、医学检验师或殡仪主持人提供以确定死因或用于履行其他职责。**PHI** 也可以给尸体器官、眼睛或组织的捐赠而使用和透露。

执法。向执法机关提供。例如，调查涉及 **MHS** 或其病人的犯罪。

研究。向研究人员提供。**MHS** 审查研究提案和协议，以确保用于此类研究活动而索取的你的 **PHI** 的隐私。

避免威胁。为防止或减轻对于个人和公共健康和安全构成的严重和迫在眉睫的威胁。

健康计划的透露。向为健康计划的目的（如纳入、资格确定、承保协调或其他福利项目）而需要你的 **PHI** 的各方提供。

未成年人或其他受代理的受益人。向家长、监护人和其他个人代表提供，总体上符合提供治疗所在州的法律。



除非你反对，我们可能会使用或透露你的 **PHI**

MTF 名录。向在 **MTF** 指名询问你的个人提供（透露的内容仅限于你的姓名、你在何处接受治疗，以及你的一般状况）。我们可能会告知神职人员你的宗教信仰。

参与你医疗保健的个人。向下列人员和实体提供：

- 你的家庭成员，或者你确认其参与你的保健护理或支付护理费用（在你死亡之前或之后）的任何其他人，除非我们知道死者个人的选择与此相反
- 负责你护理的个人需要知道有关你的地点、一般状况或死亡
- 协助救灾努力的授权实体



需要你批准的使用和透露

如果本通知未加说明，任何使用或透露你的 **PHI** 需要得到你的书面允许。即使在本通告中包括的某些使用和透露未经你的书面允许不得使用。这些包括以下三项 **MHS** 不参与的活动的活动：

- 与参与你保健活动的第三方共享你的心理治疗笔记
- 发送信息鼓励你购买产品，如果有酬发送此类信息或进行此类通信
- 出售你的 **PHI**

如果你授权我们分享你的 **PHI**，你可以随时通过联系你的 **MTF HIPAA** 隐私官撤销你的授权，但你的撤销只适用于尚未透露的信息。



你有了解关你健康信息的权利

你可以向你的 **MTF** 隐私官作出书面请求行使下列权利。如果你的请求不涉及 **MTF**，请到 **TRICARE** 网站的“联系我们”的页面，上面将提供关于提交你的书面请求的更多信息。视你的请求而定，你可能还享有《1974 年隐私法》规定的权利。

查阅和复印的权利。在法律允许范围内，你可以查阅并要求你的医疗或账单记录的副本（包括电子副本，如果我们保留电子记录的话）。你有权要求将信息直接发送给你的指定方，比如你的医生。在有限的情况下，我们可能会拒绝你的要求或其中一部分，但如果我们这样做，我们会以书

面形式告诉你原因，并解释你你应有的审阅权利。

要求限制的权利。你可以要求我们不要公开你治疗的 **PHI** 的任何部分、付款或医疗保健操作情况。你也可以要求我们限制与涉及你的保健或支付你的保健费用的人共享有关你的信息。在你的要求中，你必须告诉我们哪些信息你想要限制，以及你想要对谁适用限制。无论 **MTF** 或 **DHA** 均不要必须同意你的要求。我们不会拒绝要求向保健计划（包括 **TRICARE** 保健计划）限制透露你的 **PHI**，其中 **PHI** 涉及你全额自付的保健。我们不会违反我们所同意的限制使用或透露你的 **PHI**，除非你的 **PHI** 是急诊治疗所需要的。我们允许你、**MTF** 或 **DHA** 随时通过提供书面通知，终止先前商定的限制。

请求保密通信的权利。你可以要求我们以某种方式或在某个地点（例如，仅在家里或仅通过邮件）与你联系。我们将配合合理的要求。

请求修改的权利。如果你认为有错误，你可以要求修改你的 **PHI**。你必须告诉我们你想要纠正或补充什么内容以及原因。如果我们批准你的申请，我们会进行更正或补充你的 **PHI**。如果我们拒绝你的要求，我们会告诉你为什么，并解释你提交书面陈述异议的权利。

透露审计的权利。你可以要求我们为你提供审计，说明何时在 **MHS** 范围以外透露你的 **PHI**，但审计不包括透露某些内容（如用于治疗目的）。你享有每 **12** 个月有一次免费透露审计的权利。我们可能会对额外的审计要求收取一定的费用。你的申请必须说明你要求收到的审计期间，最长为请求之日起六年。



投诉

如果你认为 **MTF** 或其他 **MHS** 机构违反了 **HIPAA** 隐私规则，你可以向你的 **MTF HIPAA** 隐私官、**DHA** 隐私和公民自由办公室或 **HHS** 提交书面投诉。我们不会因投诉对你采取任何报复行动。



联系信息

你可以就有关投诉程序的详细信息或对本通知的进一步解释，按照网上 **MTF** 定位器提供的地址和电话号码联系你的 **MTF HIPAA** 隐私官或 **DHA** 隐私与民权办公室。**DHA** 隐私与民权办公室可通过电话（**703**）**275-6363** 联系或：

DHA 隐私与民权办公室
(DHA Privacy and Civil Liberties Office)
7700 Arlington Boulevard Suite 5101 Falls Church, VA 22042

确认收到本通告

你收到本通告后，你可能会被要求签署。如果你选择不签署，**MHS** 仍然会为你提供健康护理，而且本通告中所述的你的权利不会受到影响。