

隐私实践通知 (HIPAA)

费尔法克斯县政府健康计划及其附属实体

自 2026 年 2 月 16 日起生效

本通知描述了可能会如何使用和披露您的医疗信息，以及您如何获取这些信息。

请仔细阅读。

我们非常重视医疗信息的隐私性。

以下实体（隶属于

费尔法克斯县政府），涵盖在本通知范围内：

本通知适用于下列健康计划的隐私实践。作为关联（相关）实体，我们可能出于支付或医疗保健运营的需要，共享您的受保护健康信息 (Protected Health Information, PHI) 以及您保险单上其他人的 PHI。

- CIGNA OAP 90% 共同保险计划
- CIGNA OAP 80% 共同保险计划
- CIGNA OAP MyChoice CDHP 计划
- Kaiser Permanente HMO 计划
- HealthSpring RX D 部分处方药计划
- EyeMed 视力保健计划
- TASC（灵活支出账户）
- CIGNA（员工援助计划）
- United Healthcare Group Medicare Advantage 计划
- Delta Dental PPO 计划

我们的法律义务

本通知介绍了我们的隐私实践，包括如何使用、披露（共享或发布）、收集、处理和保护我们会员的 PHI。根据某些联邦和州法律的规定，我们有义务确保您 PHI 的隐私性。

在本通知生效期间，我们必须遵守其中描述的隐私实践。本通知自 2026 年 2 月 16 日起生效，法律要求确保受保护健康信息的隐私性，向个人发出有关其法律义务和隐私实践的通知，并在未加密的受保护健康信息泄露后通知受影响的个人。

只要法律允许，我们保留随时更改隐私实践和本通知条款的权利。我们保留更改隐私实践的权，并且我们通知的新条款对我们维护的所有 PHI 有效，包括我们在进行更改前创建或接收的 PHI。如果我们对隐私实践做出重大变更，我们将修改本通知，并在变更生效日期后六十天内向我们的健康计划用户发送新的通知。

您可以随时索要通知副本。如需了解更多关于我们隐私实践的信息，或索要本通知的更多副本，请使用本通知末尾列出的联系方式与我们联系。

医疗信息的使用和披露

受保护健康信息的主要用途和披露

我们会出于支付和医疗保健运营的需要使用和披露您的

PHI。《健康保险可携性与责任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)

是联邦医疗保健隐私法规，但通常不会“优先于”（或凌驾于）州隐私法或其他适用法律之上，这些法律会为个人提供更有力的隐私保护，例如《弗吉尼亚州法典》(Virginia Code) 第 32.1-127.1:03 条和《美国法典》(United States Code, U.S.C.) 第 42 篇第 290dd-2 条。

因此，在州法律适用的范围内，州隐私法或其他联邦法律（而非

HIPAA）可能会规定我们必须遵守的隐私标准。我们将遵守针对有关人类免疫缺陷病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV) 或艾滋病 (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS)、心理健康、药物滥用/药物依赖、基因检测和生育权的 PHI

使用和披露的更严格的州隐私法。例如，受 U.S.C. 第 42 篇第 290dd-2

条保护的药物使用信息，未经您授权或法院命令，通常不得在针对您的民事、刑事、行政诉讼或立法程序中使用。除了上述州和联邦要求外，HIPAA 允许我们在以下情况下使用或披露

PHI：

支付：我们可能会将您的 PHI 用于 HIPAA

定义中“支付”包含的所有活动。例如，我们可能会使用和披露您的 PHI

来支付医生、医院、药房和其他机构为您提供的、您的健康计划涵盖的服务的费用。我们可能还会使用您的信息来确定您是否有资格享受福利、协调福利、审查医疗必要性、收取保费，以及向您参与的健康计划的投保人提供福利说明。

医疗保健运营：我们可能会将您的 PHI

用于联邦隐私法规中定义的“医疗保健运营”范围内的所有活动。例如，我们可能会使用和披露您的 PHI

来确定您健康计划的保费，进行质量评估和改进活动，参与护理协调或病例管理，以及管理我们的业务。

业务伙伴：在支付和医疗保健运营活动中，我们与个人、实体和其他县级机构（称为“业务伙伴”）签订合同，授权其代表我们履行各种职能或提供某些类型的服务（例如会员服务支持、使用情况管理、代位求偿或药房福利管理）。为了履行这些职能或提供服务，我们的业务伙伴将接收、创建、维护、使用或披露

PHI，但前提是我们要求业务伙伴以书面形式同意旨在适当保护您信息的合同条款。

其他涵盖实体。此外，我们可能会使用或披露您的

PHI，以协助医疗保健提供者进行其治疗或支付活动，或协助其他涵盖实体进行其某些医疗保健运营。例如，当医疗保健提供者需要为您提供治疗时，我们可能会向其披露您的 PHI；若涵盖实体需要进行质量保证和改进活动或者认可、认证、许可或资格认证方面的医疗保健运营，我们也可能会向其披露您的 PHI。

受保护健康信息的其他可能用途和披露

以下是我们可能（并且被允许）使用和/或披露您 PHI 的其他可能方式的描述。

披露给您或经您授权：我们必须按照本通知“个人权利”部分所述的方式向您披露您的 PHI。您可以书面授权我们使用您的 PHI 或将其披露给任何人，用于本通知中未列出的任何目的。如果您授权我们使用或披露您的 PHI，也可以随时以书面形式撤销该授权。您的撤销不会影响我们在授权有效期内根据您的授权所进行的任何使用或披露。未经您的书面授权，我们不得出于本通知中所述原因之外的任何原因使用或披露您的 PHI。

向美国卫生与公众服务部 (U.S. Department of Health and Human Services)

部长披露：美国卫生与公众服务部部长调查或确定我们是否遵守联邦隐私法规时，我们必须向其披露您的 PHI。

披露给计划发起人：在法律允许的情况下，我们可能会向您所属的团体健康计划的计划发起人披露您的 PHI，以便计划发起人能够履行计划管理职能。例如，计划发起人可能会联系我们，索要信息以评估您福利计划的未来变化。我们还可能会向计划发起人披露您团体健康计划的参保人汇总健康信息（此类信息的定义请参见联邦隐私法规中），以便获得通过您团体健康计划提供的健康保险的保费报价，或决定是否修改、修订或终止您的团体健康计划。

披露给家人和朋友：如果您同意（或者，如果您无法同意，例如在医疗紧急情况下），我们可能会在必要范围内向您的家人、朋友或其他人员披露您的 PHI，以帮助您进行医疗保健或支付医疗保健费用。

承保：我们可能会收到您的 PHI，用于承保、保费评级或与健康保险或健康福利合同的创建、续签或更换相关的其他活动。除非法律要求，否则我们不会将在此情况下收到的 PHI 用于任何其他目的，也不会进一步披露此 PHI，除非且直到您与我们签订健康保险或健康福利合同。我们也不会将您的基因信息用于保险承保目的。

卫生监管活动：我们可能会将您的 PHI 披露给卫生监管机构，用于法律授权的活动，例如审计、调查、检查、执照颁发、监管医疗保健系统、政府项目和遵守民权法律。

虐待或忽视：如果我们有理由认为您可能是虐待、忽视、家庭暴力或其他犯罪的受害者，我们可能会向有关当局披露您的 PHI。

为防止对健康或安全构成严重威胁：根据某些联邦或州法律，如果我们认为披露您的 PHI 对于防止或减轻对个人或公众的健康或安全构成严重且迫在眉睫的威胁是必要的，我们可能会披露您的 PHI。

验尸官、法医、殡仪馆负责人和器官捐献：我们可能会向验尸官、法医或殡仪馆披露 PHI，以确定死因或履行其他职责。PHI 可用于组织或器官捐献，可能会因此进行披露。

研究：当机构审查委员会或隐私委员会进行过以下活动后，我们可能会向研究人员披露您的 PHI：(1) 审核了研究方案，并制定了确保隐私的规程；且 (2) 批准了该研究。

在押人员：如果您是惩教机构在押人员，我们可能向惩教机构或执法官员披露您的 PHI，用于以下用途：(1) 为您提供医疗保健的机构；(2) 您或他人的健康或安全；或 (3) 惩教机构的安全保障。

工伤赔偿：我们可能会为遵守工伤赔偿法律和其他旨在为与工作相关的伤害或疾病提供福利的类似计划而披露您的 PHI。

公共卫生活动：我们可能会将您的 PHI 披露给依法有权收集或接收该信息的公共卫生机构，用于公共卫生活动和目的。披露此信息的目的是控制疾病、伤害或残疾。如果公共卫生机构发出指示，我们也可能向与该公共卫生机构合作的外国政府机构披露您的 PHI。

法律要求：我们可能会根据法律要求使用或披露您的 PHI。例如，应美国卫生与公众服务部的要求，为确定我们是否遵守联邦隐私法，我们必须向其披露您的 PHI。根据法律要求，任何此类使用或披露都将通知您。

司法和行政程序：对传票、法院或行政法庭的命令或其他合法程序作出响应。

执法：我们可能会向执法人员披露嫌疑人、逃犯、重要证人、犯罪受害者或失踪人员的有限 PHI。我们可能会在必要时披露 PHI，以协助执法人员抓捕已承认参与犯罪或已从合法羁押中逃脱的个人。

军事与国家安全：在某些情况下，我们可能会向军方披露武装部队人员的受保护健康信息。我们可能会向联邦官员披露合法情报、反情报和其他国家安全活动所需的受保护健康信息。

您的受保护健康信息的其他用途和披露：除上述情况外，您的 PHI 的其他用途和披露均需获得您的书面授权。例如，我们不会使用或披露您的精神科治疗记录，不会将您的 PHI 用于营销目的，也不会出售您的 PHI，除非您给予我们书面授权。如果您向我们提供此等授权，您可以书面撤销该授权，并且该撤销将对 PHI 的未来使用和披露有效。但是，对于我们已经根据您的授权使用或披露的信息，该撤销无效。

个人权利

访问：您有权查看或获取指定记录集中包含的您 PHI 的副本，包括以电子格式保存的您的 PHI，但存在例外情况。您可以要求我们以复印件以外的格式提供副本，例如通过电子方式。除非我们无法合理地做到，否则我们将使用您要求的格式。您必须以书面形式提出申请才能访问您的 PHI。您可以使用本通知末尾列出的联系信息获取申请访问权限的表格。此外，您也可以通过向本通知末尾的地址寄信来请求查阅。如果您要求复印，我们可能会按页收取合理的费用，如果您希望我们将复印件邮寄给您，则还会收取邮费。如果您要求提供其他格式，我们可能会按成本收费来提供该格式的 PHI。如果您愿意，我们可以为您准备一份 PHI 摘要或说明，但可能会收取一定的费用。

在某些有限情况下，我们可能会拒绝您查阅和复印您 PHI 的申请。在某些情况下，我们的拒绝决定将无法复议。如果发生这种情况，我们将在拒绝信中告知您，该决定不可复议。如果您被拒绝访问您的信息，并且该拒绝决定可以复议，您可以申

请复议该拒绝决定。我们选定的持证医疗保健专业人员将审核该申请和拒绝决定。执行此次审核的人员将不是当初拒绝您最初申请的人员。

披露记录：您有权获得一份清单，列明我们或我们的业务伙伴出于治疗、支付、医疗保健运营和某些其他活动以外的目的披露您

PHI（包括涉及电子健康记录的披露）的情况。我们将向您提供我们披露的日期、我们向其披露您 PHI 的个人或实体的名称、我们披露的 PHI

的描述、披露的原因以及一些其他信息。如果您在 12

个月内多次申请此列表，我们可能会按成本向您收取合理的费用，用于处理这些额外的申请。

您可以按照本通知末尾列出的信息，以书面形式提交申请，要求提供记录。您的申请可以针对申请日期前最多 6 年内的披露信息（如果是涉及电子健康记录的披露，则为 3 年内）。

限制申请：您有权要求对我们使用或披露您的 PHI

施加额外的限制。我们没有义务同意这些额外的限制，但如果我们同意，我们将遵守协议（紧急情况除外）。我们可能对附加限制申请作出的任何同意，都必须以书面形式作出，并由经授权代表我们作出此类同意的人员签字。除非我们以书面形式同意限制，否则对于超出所要求限制范围的使用和披露，我们概不负责。我们可以通过向您发出书面通知，来终止我们对您所要求的限制的同意。

您可以按照本通知末尾列出的信息写信给我们，申请作出限制。在该申请中，请告知我们以下信息：(1) 您希望限制我们使用和披露的信息；以及 (2)

您希望如何限制我们使用和/或披露该信息。

保密通信：如果您认为披露您的全部或部分 PHI

可能会危及您的安全，您有权要求我们以保密方式与您沟通有关您 PHI

的信息。这意味着您可以要求我们通过其他方式向您发送信息，或将信息寄送到其他地点。如果您的要求合理，并指明了替代方式或替代地点，且明确了如何处理支付问题（保费和理赔），我们必须满足您的要求。您可以按照本通知末尾列出的信息写信给我们，申请保密通信。

修订：您有权要求我们修订您的

PHI。您的申请必须以书面形式提出，并且必须说明为什么要修订信息。如果我们并非您所要求修订之信息的创建者，或者出于其他某些原因，我们可能会拒绝您的申请。如果我们拒绝您的申请，我们将向您提供书面说明。您可以提交一份异议声明，将其附在您希望修订的信息之后。如果我们接受您修订信息的申请，我们将尽合理努力通知其他人（包括您指定的人员）有关修订事宜，并在未来对该信息的披露中纳入这些变更。

电子通知：即使您同意通过我们的网站或电子邮件接收本通知，您也有权获得纸质副本。如需获取本通知的纸质版本，请使用本通知末尾列出的联系方式与我们联系。如果电子邮件传输失败，并且我们知晓该失败情况，那么我们将向您提供本通知的纸质副本。

未加密的受保护健康信息泄露

如果发生未加密 PHI 泄露事件，我们必须通知您。“泄露”是指以损害 PHI 安全性或隐私性的方式获取、访问、使用或披露 PHI。

当泄露事件可能对您造成重大经济损失、声誉损害或其他伤害时，即视为您的 PHI

泄露。这不包括出于善意或无意中披露的情况，也不包括没有合理方式保留信息的情况。泄露事件发生后，您必须尽早收到通知，最迟不得超过发现泄露后 60 天。

问题和投诉

关于费尔法克斯县政府健康计划隐私实践的信息：如需想了解更多关于我们隐私实践的信息，或者有任何疑问或疑虑，您可以拨打保险卡背面的会员服务电话，或通过以下地址与我们联系。

提出投诉：如果担心我们可能侵犯了您的隐私权，或者不同意我们对您个人权利所作出的决定，您可以按照本通知末尾的联系信息向我们投诉。您也可以向美国卫生与公众服务部 (U.S. Department of Health and Human Services, DHHS) 提出书面投诉，地址如下。

我们支持您保护自身受保护健康和财务信息的隐私权。如果您选择向我们或美国卫生与公众服务部提出投诉，我们绝不会以任何方式进行报复。

联系信息

HIPAA 联系方式

Fairfax County Department of Human Resources, Benefits Division
12000 Government Center Parkway, Suite 270
Fairfax, VA 22035
703-324-3311
电子邮件：DHRBenefitsDivision@fairfaxcounty.gov
fairfaxcounty.gov/hr/department-human-resources-employee-benefits

费尔法克斯县 HIPAA 合规经理

Fairfax County Government Center
12000 Government Center Parkway, Suite 533
Fairfax, VA 22035
703-324-2164 — TTY 711 或 www.fairfaxcounty.gov/hipaa

Office for Civil Rights Centralized

U.S. Department of Health and Human Services
Case Management Operations
200 Independence Avenue, S.W., Suite 515F
HHH Building
Washington, D.C. 20201
客户响应中心：800-368-1019
传真：202-619-3818 — TDD：800-537-7697
电子邮件：ocrmail@hhs.gov