



New York

歡迎成為 社區的一份子

Medicaid Managed Care 會員手冊

修訂於 2021 年

反歧視聲明

UnitedHealthcare Community Plan 遵守聯邦民權法。UnitedHealthcare Community Plan 不會由於人們的種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別等理由而將其排除在外或對其有差別待遇。

UnitedHealthcare Community Plan 提供下列服務：

- 為殘疾人士提供免費輔助和服務以讓其可以有效地與我們溝通，例如：
 - 合格手語翻譯員
 - 其他格式(大字版、語音版、無障礙電子版、其他格式)的書面資訊
- 為非以英語為母語的人士提供免費的語言服務，例如：
 - 合格口譯員
 - 其他語言版本的書面資訊

如果您需要上述服務，請致電您會員鑑別卡上所列的免費會員電話號碼。

如果您認為 UnitedHealthcare Community Plan 沒有為您提供上述服務或由於種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別等理由而對您區別對待，您可向民權事務協調員提出投訴：

郵寄： Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UTAH 84130

電子郵件： **UHC_Civil_Rights@uhc.com**

電話： **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**

您也可向美國健康及人類服務部的民權辦公室提出民權投訴，方式如下：

網站： 民權投訴辦公室入口網站，網址：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

郵寄： U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

電話： 免費電話 1-800-368-1019、1-800-537-7697 (聽障專線)

我們提供免費服務以協助您與我們溝通。例如，其他語言版本或大字版的信函。或者，您可申請口譯員。如欲尋求協助，請致電會員服務部，電話 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**，服務時間週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。

LANGUAGE ASSISTANCE

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. English
 Call 1-800-493-4647 TTY 711

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-493-4647 TTY 711.	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-493-4647 TTY 711.	Spanish/Español
注意：您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-493-4647 TTY 711。	Chinese/中文
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-493-4647 رقم هاتف الصم والبكم TTY 711	Arabic/اللغة العربية
주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-800-493-4647 TTY 711로 전화하시기 바랍니다.	Korean/한국어
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-493-4647 (телетайп: TTY 711).	Russian/Русский
ATTENZIONE: Nel caso in cui la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il 1-800-493-4647 TTY 711.	Italian/Italiano
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-493-4647 TTY 711.	French/Français
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-493-4647 TTY 711.	French Creole/ Kreyòl ki soti nan Fransè
אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, זענען פאראן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-800-493-4647 TTY 711	Yiddish/אידיש
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-493-4647.	Polish/Polski
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyong pantulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-493-4647 TTY 711	Tagalog
দৃষ্টি আকর্ষণ: যদি আপনার ভাষা “Bengali বাংলা” হয় তাহলে আপনি বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পাবেন। 1-800-493-4647 TTY 711 নম্বরে ফোন করুন।	Bengali/বাংলা
KUJDES: Ju vendosen në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-493-4647	Albanian/Shqip
Προσοχή: Στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε «1-800-493-4647» TTY 711.	Greek/ Ελληνικά
توجه دین: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان سے متعلق مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-493-4647 TTY 711	Urdu/اردو

重要電話號碼

會員服務部	1-800-493-4647
(週一至週五, 早上 8:00 至晚上 6:00)	
聽障專線 (TDD/TTY) (聽障人士適用)	711
您的主治醫師:	請查看您的 UnitedHealthcare Community Plan ID 卡
NurseLine	1-877-597-7801
預先授權部	1-866-604-3267
藥房部	1-800-310-6826
紐約州衛生署 (New York State Department of Health) 之家	1-518-473-5569
行為健康服務	1-800-493-4647
紐約州衛生署 (投訴)	1-800-206-8125
New York Medicaid CHOICE	1-800-505-5678
紐約州健康成長熱線	1-800-522-5006
家庭暴力熱線	
英語	1-800-942-6906
西班牙語	1-800-942-6908
聽障人士	1-800-810-7444
紐約州人類免疫不全病毒/愛滋病 (HIV/AIDS) 熱線	
英語	1-800-541-AIDS (2437)
西班牙語	1-800-233-SIDA (7432)
聽障專線 (TDD)	1-800-369-AIDS (2437)
紐約州公平聆訊處	1-800-342-3334
紐約州金融服務部	1-800-342-3736
州北部各郡社會服務部:	
Albany 郡社會服務部	1-518-447-7300
Broome 郡社會服務部	1-607-778-2669
Cayuga 郡社會服務部	1-315-253-1011
Chautauqua 郡社會服務部	1-716-661-8200
Chemung 郡社會服務部	1-607-737-5309
Chenango 郡社會服務部	1-607-337-1500
Clinton 郡社會服務部	1-518-565-3222
Columbia 郡社會服務部	1-518-828-9411
Dutchess 郡社會服務部	1-845-486-3000
Erie 郡社會服務部	1-716-858-8000
Essex 郡社會服務部	1-518-873-3450

4 **有疑問嗎? 致電會員服務部: 1-800-493-4647, 聽障專線 (TTY): 711**
(如為精神健康或藥物濫用危機, 請按 8)

州北部各郡社會服務部 (續):

Franklin 郡社會服務部	1-518-483-6770
Fulton 郡社會服務部	1-518-736-5640
Genesee 郡社會服務部	1-585-344-2580
Greene 郡社會服務部	1-518-943-3200
Herkimer 郡社會服務部	1-315-867-1291
Jefferson 郡社會服務部	1-315-782-9030
Lewis 郡社會服務部	1-315-376-5105
Livingston 郡社會服務部	1-585-243-7300
Madison 郡社會服務部	1-315-366-2211
Monroe 郡社會服務部	1-585-753-2740
Niagara 郡社會服務部	1-716-439-7600
Oneida 郡社會服務部	1-315-798-5632
Onondaga 郡社會服務部	1-315-435-2928
Ontario 郡社會服務部	1-585-396-4060
Orange 郡社會服務部	1-845-291-4000
Orleans 郡社會服務部	1-585-589-7000
Oswego 郡社會服務部	1-315-963-5000
Rensselaer 郡社會服務部	1-518-270-3928
Rockland 郡社會服務部	1-845-364-2000
Seneca 郡社會服務部	1-315-539-1865
Schenectady 郡社會服務部	1-518-388-4470
St. Lawrence 郡社會服務部	1-315-379-2276
Tioga 郡社會服務部	1-877-882-8313
Ulster 郡社會服務部	1-845-334-5000
Warren 郡社會服務部	1-518-761-6300
Wayne 郡社會服務部	1-315-946-4881
Westchester 郡社會服務部	1-800-549-7650
Wyoming 郡社會服務部	1-585-786-8900
Yates 郡社會服務部	1-315-536-5183

紐約市和長島:

Nassau 郡社會服務部	1-516-227-8000
紐約市人力資源管理部	1-718-557-1399
紐約市人力資源管理部 (5 個鎮區內)	1-877-472-8411
Suffolk 郡社會服務部 (Hauppauge)	1-631-853-8730
Suffolk 郡社會服務部 (Riverhead)	1-631-852-3710
Suffolk 郡社會服務部 (Ronkonkoma)	1-631-854-9700

其他實用資源

成癮服務與支持辦公室 (Office on Addiction Services and Supports, OASAS) :

<https://oasas.ny.gov/>

如需提出有關計劃的投訴,請致電 **1-800-553-5790**。

有關諮詢人員的投訴,請致電 **1-800-482-9564**, 選項 5。

兒童與家庭服務辦公室 (Office of Children and Family Services, OCFS) :

<http://ocfs.ny.gov/main/>

精神健康辦公室 (Office of Mental Health, OMH) :

<https://www.omh.ny.gov/omhweb/about/>

如欲提出投訴,請撥打 OMH 客戶關係部門免付費電話 **1-800-597-8481**。

發展障礙人士辦公室 (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD) :

<https://www.opwdd.ny.gov>

獨立消費者倡議網路 (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN) :

www.icannys.org

電話:**1-844-614-8800** (聽障專線:711)

電子郵件:ican@cssny.org

CHAMP 紐約州戒癮和精神保健社區衛生服務專案 :

電話:**1-888-614-5400**

電子郵件:Ombuds@oasas.ny.gov

網站 myuhc.com/CommunityPlan

其他醫療提供者

您的主治醫師 (PCP) _____ 電話: _____

離您最近的急診室: _____ 電話: _____

本地藥房: _____ 電話: _____

6 **有疑問嗎?** 致電會員服務部: **1-800-493-4647**, 聽障專線 (TTY): **711**
(如為精神健康或藥物濫用危機,請按 8)

目錄

歡迎加入 UnitedHealthcare Community Plan 的 Medicaid Managed Care 計劃	9
Managed Care 計劃的運作原理	9
保密性	10
如何使用本手冊	11
會員服務幫助	12
您的健康計劃 ID 卡	15
第一部分 – 您應知道的重要事項	16
如何選擇您的主治醫生 (PCP)	16
如何獲得常規的健康照護	19
約診標準	20
如何獲取專科護理及轉診	20
獲得來自 UnitedHealthcare Community Plan 的服務，無需轉診	22
急症	25
緊急護理	27
美國境外的護理服務	27
我們希望您保持健康	28
第二部分 – 您的福利和計劃程序	29
福利	29
新技術	29
UnitedHealthcare Community Plan 承保的服務	30
行為健康照護	49
非緊急運輸	53
緊急運輸	55
UnitedHealthcare Community Plan 承保的其他服務	56
不予承保的服務	57

如果您收到帳單	58
服務授權	61
關於您的護理的其他決定	64
我們的服務提供者如何收到費用	65
您可協助改善計劃政策	65
會員服務資訊	65
隨時向我們提供資訊	66
退保與轉換	67
計劃上訴	69
外部上訴	74
公平聽證會	76
投訴流程	78
投訴上訴	80
會員的權利與責任	81
預立指示	82
定義	83
健康計劃隱私政策聲明	95

歡迎加入 UnitedHealthcare Community Plan 的 Medicaid Managed Care 計劃

我們很高興您能加入 UnitedHealthcare Community Plan。本手冊將是您可使用的各項健康護理服務的指南。我們希望確保您作為一名新會員，獲得一個好的開始。為更好地瞭解您，我們將在未來兩到三週內聯絡您。您可以向我們詢問任何問題，或獲取預約幫助。如果您需要在我們聯絡您之前與我們談話，您只需致電 **1-800-493-4647**。

Managed Care 計劃的運作原理

計劃、我們的提供者與您

您可能已聽說過健康護理中的變化。許多客戶透過為您的護理提供中樞管理式護理獲得其健康服務。若您曾利用 Medicaid 卡取得行為健康服務，現在這些服務或可藉由 UnitedHealthcare Community Plan 即可取得。

如果您居住在以下紐約州各郡，您有資格加入本計劃：

Albany、Broome、Cayuga、Chautauqua、Chemung、Chenango、Clinton、Columbia、Dutchess、Erie、Essex、Franklin、Fulton、Genesee、Greene、Herkimer、Jefferson、Lewis、Livingston、Madison、Monroe、Nassau、Niagara、Oneida、Onondaga、Ontario、Orange、Orleans、Oswego、Rensselaer、Rockland、Schenectady、Seneca、St. Lawrence、Suffolk、Tioga、Ulster、Warren、Wayne、Westchester、Wyoming 與 Yates 郡；而紐約市包括 Bronx、Kings、Queens、Richmond 與 New York 郡

UnitedHealthcare Community Plan 與州衛生署簽訂協議，以滿足 Medicaid 承保人士的健康護理需求。因此，我們選擇了一群健康護理提供者來幫助我們滿足您的需求。這些醫師與專科醫師、醫院、實驗室和其他健康護理機構共同構成我們的提供者網絡。您將在我們的提供者名錄中找到一份清單。如果您沒有提供者名錄，請致電 **1-800-493-4647** 獲取一份名錄，或者您可以造訪我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan。

歡迎

當您加入 UnitedHealthcare Community Plan 時，我們的其中一名提供者將照顧您的健康。在很多時候，該提供者將是您的主治醫師 (PCP)。如果您需要參加測試、看專科醫師或入院，PCP 將為您安排。

您的 PCP 可在每天全天候為您服務。如果您需要在工作時間後或週末與他或她談話，請留言並告知如何聯絡您。您的 PCP 會盡快給您回覆。即使您的 PCP 是您健康護理的主要來源，在某些情況下，您可以自行轉診至特定醫師，獲得部分服務。詳情請見第 22 頁。

如果您獲認定為受限的接受者，那麼您僅可獲得某些計劃提供者的服務。以下是您可能受到限制的原因示例：

- 由於相同病症獲得多個醫師的照護
- 比實際需要更經常地獲得醫療照護
- 以可能有損您健康的方式使用處方藥
- 讓您本人之外的人士使用您的計劃 ID 卡

保密性

我們尊重您的隱私權。UnitedHealthcare Community Plan 認同您及您的家人、醫師和其他護理提供者間所需的信任。UnitedHealthcare Community Plan 絕不會在沒有您的書面批准時公佈您的醫療或行為健康記錄。唯一將會擁有您臨床資訊的人士是 UnitedHealthcare Community Plan、您的主治醫師和其他為您提供護理的提供者，以及您的授權代表。您的主治醫師或您的 Health Home 照護經理 (如果您有一位) 將始終就轉診至此類提供者提前與您討論。UnitedHealthcare Community Plan 的工作人員皆受過培訓，會嚴加保守會員的機密。

如何使用本手冊

本手冊將在您加入 Managed Care 計劃時為您提供幫助。本手冊將向您介紹新的健康護理系統如何運作，以及您可如何從 UnitedHealthcare Community Plan 獲得最多福利。本手冊是您的健康與保健服務指南。手冊會告知您善用該計劃的具體步驟。

前幾頁會向您說明您必須立即了解的資訊。您可以等到需要時再查閱本手冊的其餘內容。可將其作為您的參考，也可逐次查閱。

有疑問時，請參閱本手冊，或致電我們的會員服務部。您也可以致電您當地的社會服務部的管理式護理工作人員。請參閱封面內側獲得當地社會服務部電話號碼的清單。

如果您住在紐約市、Albany、Cayuga、Chemung、Chenango、Clinton、Columbia、Essex、Franklin、Fulton、Genesee、Jefferson、Lewis、Madison、Monroe、Nassau、Onondaga、Ontario、Orange、Orleans、Oswego、Rockland、Schenectady、St. Lawrence、Suffolk、Tioga、Ulster、Warren、Wayne、Westchester 或 Yates 郡，您亦可致電 New York Medicaid Choice 幫助熱線，電話號碼是 1-800-505-5678。會員服務部服務時間為週一至週五，上午 8:00 至晚上 6:00，電話：**1-800-493-4647**。如果您有聽力問題，請致電 AT&T TDD 中繼服務 **711**。

會員服務幫助

會員服務部會有相關人員為您提供幫助。只需致電免費電話 **1-800-493-4647**，與會員服務部取得聯絡即可，服務時間：週一至週五，上午 8:00 至晚上 6:00。如果您有聽力問題，請致電 AT&T 聽語障專線 (TTY/TDD) 中繼服務 **711**。

您可以在您**有疑問**或於下列事項上需要協助時，致電會員服務部以獲得協助：選擇或更改您的主治醫師 (簡稱 PCP)、諮詢福利與服務、獲得轉診幫助、更換遺失的 ID 卡、報告新生兒的誕生，或詢問可能會對您或您家庭的福利產生影響的任何變化。若您有關於醫療照護或行為健康照護的疑問，在正常服務時間之後，可撥打 Nurse Line 與護理師諮詢，電話：1-877-597-7801。

如果您已懷孕或剛剛懷孕，您的孩子將自出生當天起加入 UnitedHealthcare Community Plan。這種情況將會發生，除非您的新生兒屬於無法加入管理式護理的群體中。如果您懷孕，則應立即致電我們，以及您當地的社會服務部 (LDSS)，讓我們幫您在嬰兒出生前為您的新生命選擇醫師。

您選擇成為 UnitedHealthcare Community Plan 的會員，我們深感榮幸。我們期盼能夠讓您盡可能輕鬆取得健康護理，一切就從今天開始。我們的會員權益維護員可以回答您對計劃承保福利可能持有的問題，且如果您沒有主治醫生 (Primary Care Physician, PCP)，會員權益維護員可以協助您選擇一位新 PCP。我們甚至可以協助您向醫生預約保健就診。身為新會員，您將會接獲我們其中一位訓練有素的會員權益維護員所打給您的電話，歡迎您加入我們的計劃。會員權益維護員將可回答您對可用福利和醫生可能持有的任何問題，也可協助您完成健康評估。

健康評估須知事項

- 健康評估是一份簡短易懂的問卷調查，旨在詢問與您生活型態和健康有關的簡單問題
- 此健康評估可以協助我們進一步瞭解您
- 此健康評估可以協助您讓健康計劃發揮最大效用
- 此健康評估可以協助我們為您介紹許多可用的福利和服務
- 您的答案將會獲得保密
- 您的答案絕對不會使您的健康照護承保減少
- 您只需要花幾分鐘的時間就可以完成健康評估！

沒接到我們的歡迎電話？

會員權益維護員的服務時間為週一至週五，上午 8:00 至晚上 6:00。您只需致電 **1-800-493-4647**、聽障專線 (TTY) **711** 即可。我們可以回答您可能持有的任何問題，並協助您完成健康評估，只需幾分鐘的時間即可。

如果您想要親自與 UnitedHealthcare 代表會面以深入瞭解您的健康計劃承保情況。請聯絡我們其中某間當地社區辦公室，以安排與代表會面的預約。我們有 12 個相當便利的社區地點：

Bronx 郡

151 East Burns de Avenue
Bronx, NY 10453
服務時間：
週一至週五，上午 9:30 至下午 5:00

Jefferson 郡

237 State Street
Watertown, NY 13601
服務時間：
週一至週五，上午 9:00 至下午 4:00

Kings 郡

6402 8th Avenue, Suite 107
Brooklyn, NY 11220
服務時間：
週一至週五，上午 9:00 至下午 5:30

2343 86th Street
Brooklyn, NY 11220
服務時間：
週一至週五，上午 9:00 至下午 5:30

Nassau 郡

250 Fulton Avenue, Suite 121
Hempstead, NY 11550
電話：516-247-6352
服務時間：
週一至週五，上午 9:00 至下午 4:00

Niagara 郡

810 Portage Road
Niagara Falls, NY 14301
電話：716-285-8568
服務時間：
週一至週五：上午 9:00 至下午 4:30

New York 郡

161 Canal Street
New York, NY 10013
服務時間：
週一至週五，上午 9:00 至下午 5:30

27 East Broadway, 2nd Floor
New York, NY 10002
服務時間：
週一至週五，上午 9:00 至下午 5:30

558 W 181 Street
New York, NY 10033
電話：212-781-3960
服務時間：
週一至週五，上午 10:00 至下午 5:00

Onondaga 郡

7608 Oswego Road
Liverpool, NY 13090
電話：315-221-5114 或 315-221-5115
服務時間：
週一至週五，上午 9:00 至下午 4:00

歡迎

Queens 郡

136-02 Roosevelt Avenue
Flushing, NY 11354
服務時間：
週一至週五，上午 9:00 至下午 5:30

Suffolk 郡

462 Suffolk Avenue
Brentwood, NY 11717
電話：631-231-0180 或 631-231-0181
服務時間：
週一至週五，上午 9:00 至下午 4:00

對於居住在州北部各郡的會員，請致電 Syracuse 辦公室，以預約和 UHC 代表有關投訴的面談。

如果您不會講英語，我們可以為您提供幫助。無論您講哪種語言，我們都希望您瞭解如何使用您的健康照護計劃。儘管聯絡我們，我們會設法用您的語言與您溝通。我們有一組人員可以提供協助。我們也將幫助您找到一位可用您的語言為您服務的 PCP (主治醫師)。

對於殘障人士：如果您需用輪椅、失明，或在聽力和理解上有問題，如需額外協助，請儘管聯絡我們。我們可以告訴您提供者診所是否有殘疾人無障礙通道或是否配有特殊通訊設備。此外，我們還有以下服務：

- 聽障專線 (TTY) 儀器 (我們的聽障專線 (TTY) 為 **711**)
- 大字版資訊
- 個案管理
- 在安排預約或赴約方面的協助
- 專為您的殘疾提供服務的提供者名稱與地址


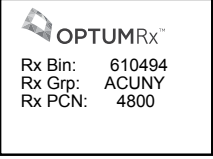
如果您或您的孩子現在於家中獲得護理，您的護理師或看護可能不知道您已加入我們的計劃。請立即致電我們，確保您的家庭護理不會意外停止。

您的健康計劃 ID 卡

您投保後，我們將向您寄送一封歡迎函。您應在加入之日起 14 天內收到您的 UnitedHealthcare Community Plan ID 卡。您的 PCP (主治醫師) 的姓名和電話號碼印在您的卡上。卡上還會有您的客戶鑑別碼 (CIN)。如果您的 UnitedHealthcare Community Plan ID 卡上有任何資訊錯誤，請立即致電我們。您的 ID 卡不會顯示您已投保 Medicaid 或 UnitedHealthcare Community Plan 是特殊健康計劃等資訊。


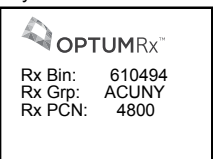
ID 卡應隨身攜帶，並在每次獲取照護時出示。如果您在收到卡前需要護理，您的歡迎函將是您身為會員的證據。您應保留您的 Medicaid 福利卡。您將需要此卡以獲得 UnitedHealthcare Community Plan 未承保的服務。

僅限 Medicaid

	
Health Plan (80840) 911-87726-04	
Member ID: 001000002	Group Number: NYCDFHP
Member: REISSUE ENGLISH	
CIN#: 9999999222	Payer ID: 87726
	
PCP Name: DOUGLAS GETWELL PCP Phone: (718)260-4600 Rx Bin: 610494 Rx Grp: ACUNY Rx PCN: 4800	
0501	UnitedHealthcare Community Plan for Families Administered by UnitedHealthcare of New York, Inc.

In an emergency go to nearest emergency room or call 911. <small>Printed: 10/30/19</small>	
<small>This card does not guarantee coverage. For coordination of care call your PCP. To verify benefits or to find a provider, visit the website myuhc.com/communityplan or call.</small>	
For Members: NurseLine:	800-493-4647 877-597-7801
	TTY 711 TTY 711
For Providers: Medical Claims:	UHCprovider.com 866-362-3368 PO Box 5240, Kingston, NY, 12402-5240
Pharmacy Claims:	OptumRX, PO Box 65033, Dallas, TX 75269-0334
For Pharmacists:	877-305-8952

Medicaid 含行為健康

	
Health Plan (80840) 911-87726-04	
Member ID: 001000092	Group Number: NYCDFHP
Member: REISSUE ENGLISH	
CIN#: 9999999434	Payer ID: 87726
	
PCP Name: DOUGLAS GETWELL PCP Phone: (718)338-1616 Rx Bin: 610494 Rx Grp: ACUNY Rx PCN: 4800	
0501	UnitedHealthcare Community Plan for Adults Administered by UnitedHealthcare of New York, Inc.

In an emergency go to nearest emergency room or call 911. <small>Printed: 10/30/19</small>	
<small>This card does not guarantee coverage. For coordination of care call your PCP. To verify benefits or to find a provider, visit the website myuhc.com/communityplan or call.</small>	
For Members: NurseLine:	800-493-4647 877-597-7801
	TTY 711 TTY 711
For Providers: Medical Claims:	UHCprovider.com 866-362-3368 PO Box 5240, Kingston, NY, 12402-5240
Pharmacy Claims:	OptumRX, PO Box 65033, Dallas, TX 75269-0334
For Pharmacists:	877-305-8952

有疑問嗎？致電會員服務部：1-800-493-4647，聽障專線 (TTY)：711
(如為精神健康或藥物濫用危機，請按 8)

第一部分 – 您應知道的重要事項

如何選擇您的主治醫生 (PCP)

列於您會員 ID 卡上的主治醫生 (Primary Care Provider, PCP) 是您的指定主要護理提供者。

這對您而言有何意義？

您將僅能透過您會員 ID 卡上所列的 PCP 或與您指定 PCP 同屬相同執業團體的其他主要護理提供者取得主要護理服務。您的 PCP 將會提供例行健康照護並在必要時將您轉診給其他醫師。

您需採取什麼行動？

檢查您的會員 ID 卡以確認 ID 卡上所列的 PCP 正確無誤。如果您 ID 卡上列的是不同的 PCP 或者您想選擇其他 PCP，請致電 **1-800-493-4647**、聽障專線 (TTY) **711** 與會員服務部聯絡，服務時間：週一至週五，上午 8:00 至晚上 6:00。如果您需要變更您會員 ID 卡上所列的 PCP 姓名，我們將會寄一張列有新資訊的新卡給您。

為何我應請主要護理提供者看診？

常規健康護理是指協助您保持健康的檢查、定期體檢、預防針注射或其他治療，以及在您需要時為您提供建議並在必要時將您轉診給醫院或專科醫生。這表示您與您的 PCP 可共同合作維護您的健康或確認您有獲得您所需的護理。不分晝夜，只需一通電話您的 PCP 便能提供服務。

有疑問嗎？

如果您有任何疑問或希望更換您的 PCP，請撥打我們的免費電話 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**，服務時間：週一至週五，上午 8:00 至下午 6:00。

您可能想要尋找符合以下條件的醫師：

- 您曾找過其看診，
- 瞭解您的健康問題，
- 目前接收新患者，
- 可使用您的語言為您提供服務，或
- 方便前去看診。

每位家庭成員可以有不同的 PCP，或者您可以選擇一位 PCP 照顧所有家庭成員。兒科醫師治療兒童。執業家庭醫師治療全家人。內科醫師治療成人。會員服務部可以幫助您選擇一位 PCP。

您可透過致電會員服務部或透過使用我們 myuhc.com/CommunityPlan 網站上的「Find-a-Doc」(尋找醫師) 搜尋工具來尋找 UnitedHealthcare Community Plan 的簽約醫療服務提供者。如果您希望我們將印刷版的名錄郵寄至您府上，您必須致電會員服務部索取。您也可以瞭解關於網絡內醫師的資訊，例如委員會認證和他們所講的語言，網址：myuhc.com/communityplan，或致電會員服務部。

我們可以告知您下列資訊：

- 姓名、地址、電話號碼
- 專業資格
- 專科
- 就讀的醫學院
- 完成的住院醫師訓練
- 醫學委員會認證狀態

女性無需選擇主要 OB/GYN。女性可以透過任何參與計劃的 OB/GYN 醫師獲得護理。女性無需 PCP 轉診便可找計劃中的 OB/GYN 醫師看診。她們可以享受常規檢查 (一年兩次)，若有問題則有追蹤護理，以及懷孕期間的常規照護。OB/GYN 護理沒有就診限制。

此外，我們也與 FQHC (Federally Qualified Health Center) 訂立合約。所有 FQHC 均提供主要護理與專科護理。部分消費者希望透過 FQHC 獲得護理，原因是該中心在此地區有久遠的歷史。您可能希望嘗試 FQHC，因為您可以很輕鬆地接觸到他們。您應該知道您可以選擇。您可以選擇我們名錄中所列的任何一位提供者。或者，您可以和我們與之合作的一個 FQHC 中的主治醫師簽約；他們已在提供者名錄中列出。如需幫助，請撥打免費電話 **1-800-493-4647** 致電會員服務部。

第一部分 – 您應知道的重要事項

在幾乎所有情況下，您的醫師將是 UnitedHealthcare Community Plan 提供者。在四種情況下，您仍可找您在加入 UnitedHealthcare Community Plan 之前曾看診過的另一提供者看診。在這些情況下，您的提供者必須同意與 UnitedHealthcare Community Plan 合作。在以下情況下，您可以繼續找您的醫師看診：

- 加入 UnitedHealthcare Community Plan 時，您已懷孕超過三個月，而且正在接受產前護理。在這種情況下，您可以繼續找此提供者看診，直至分娩至產後護理。
- 加入 UnitedHealthcare Community Plan 時，您有危及生命的疾病，或病情每況愈下。在這種情況下，您可以要求繼續找此提供者看診，最長期限為 60 天。
- 加入 UnitedHealthcare Community Plan 時，您正在接受行為健康病症治療。在這種情況下，您可以要求在治療期間繼續找此提供者看診，最長期限為 2 年。
- 加入 UnitedHealthcare Community Plan 時，常規 Medicaid 曾為您的家庭護理付費，而且您需要繼續獲得此項護理至少 120 天。在這種情況下，您有至少 90 天的時間可以繼續使用相同的家庭護理機構、護理師或看護，以及相同的家庭護理量。

UnitedHealthcare Community Plan 必須在變生效前，將您家庭護理的變化情況告訴您。

如果您患有長期性疾病 (如 HIV/AIDS) 或有其他長期健康問題，您也許可以選擇一位專科醫師擔任您的 PCP。

如果需要，您可以在首次 PCP 約診後 30 天內更換您的 PCP。之後，您可以在當年更換三次 PCP，無需提供任何理由，若有充分理由，可多次更換。您也可以將自己的專科醫師更換為您的 PCP 為您推薦之人。

若您的提供者退出 UnitedHealthcare Community Plan，我們會在得知消息的 15 天內通知您。若您希望，且若您懷孕已過三個月或您正在因某病症接受持續治療，您可以繼續找此醫師看診。如果您已懷孕，您可以繼續找您的醫師看診，直至分娩後 60 天。如果您因長期病症定期找某位醫師看診，您可以繼續當前的治療過程，持續時間最多 90 天。您的醫師必須同意在此期間與本計劃合作。如果以上任一情況適用於您，請與您的 PCP 核實，或撥打會員服務部電話 **1-800-493-4647**。

如何獲得常規的健康照護

常規健康護理是指協助您☑保持健康的檢查、定期體檢、預防針注射或其他治療，以及在您需要時為您提供建議並在必要時將您轉診給醫院或專科醫生。這表示您與您的 PCP 可共同合作維護您的健康或確認您有獲得您所需的護理。

不分晝夜，只需一通電話您的 PCP 便能提供服務。請確保您在有醫療問題或擔憂時致電他或她。若您在下班時間或週末致電，請留言並告知可在何處或以何方式聯絡您。您的 PCP 會盡快回電。請記住，您的 PCP 了解您，且了解健康計劃如何運作。

您的護理必須是醫療上必要的。您獲得的服務必須能夠：

1. 預防或診斷及糾正可能使病情惡化的情況，或
2. 處理威脅您的生命危險，或
3. 處理可能引起疾病的問題，或
4. 處理可能限制您進行正常活動的某些問題。

您的 PCP 將照顧您的大部份健康護理需要，但是您必須預約才能前往 PCP 處就診。如果您不能依時赴約，請致電通知您的 PCP。

選擇 PCP 後，請儘快致電安排首次約診。如果可以，請為您的第一次約診做好準備。您的 PCP 需要瞭解您的病史，請您儘可能多告知。請寫下您的醫療背景、列出您目前面臨的任何問題、您服用的任何藥物，以及您想問您 PCP 的問題等清單。在大多數情況下，您的首次就診應在您加入本計劃 3 個月內。

如果您在首次約診前需要護理，請致電您 PCP 的辦公室以說明疑慮。他或她將為您把約診安排得早一些。第一次赴診時，您應守約，以便討論您的病史並提問問題。

第一部分 – 您應知道的重要事項

約診標準

使用以下清單作為您的約診指南，瞭解您在提出約診請求後可能需要等待多久的相關限制：

成人基期與常規體檢	12 週內
緊急護理	24 小時內
非緊急疾病就診	3 天內
常規、預防性護理	4 週內
首次產前就診	懷孕初期 3 週內 (懷孕中期 2 週內, 懷孕後期 1 週內)
首次新生兒就診	出院後 2 週內
首次家庭生育規劃就診	2 週內
心理健康／物質濫用急診或住院看診後的追蹤就診	5 天
非緊急精神健康或物質濫用就診	2 週

如何獲取專科護理及轉診

如果您需要您的 PCP 不能提供的護理，他或她將轉診您至另一名能提供所需護理的專科醫師。若您的 PCP 將您轉診給其他醫師，我們將支付您的護理費用。大多數此類專科醫師屬於 UnitedHealthcare Community Plan 提供者。請與您的 PCP 討論，確保您知道轉診流程。

如果您認為專科醫師不能滿足您的需求，請告訴您的 PCP。如果您需要看不同的專科醫師，您的 PCP 可以提供幫助。

對於某些治療及服務，您的 PCP 必須獲得 UnitedHealthcare Community Plan 批准才能提供給您。您的 PCP 可以告知您那些是什麼服務。

第一部分 – 您應知道的重要事項

如果您在獲得您自認需要的轉診上遇到困難，請聯絡會員服務部，電話號碼是 **1-800-493-4647**。

如果 UnitedHealthcare Community Plan 內沒有可以提供您所需照護的專科醫師，我們將為您找一位 UnitedHealthcare 網外的專科醫師，由其提供所需照護。這稱為網絡外轉診。您的 PCP 必須致電 **1-866-604-3267** 聯絡 UnitedHealthcare 的預先授權部，以取得授權，讓您得以前往不屬於 UnitedHealthcare 網絡的專科醫師處看診。該專科醫師必須同意與 UnitedHealthcare 合作，並接受我們全額付款的支付方式。此許可稱為「預先授權」。您的 PCP 將您轉給不屬於 UnitedHealthcare 網絡的專科醫師時，會向您說明所有相關事項。請參閱「服務授權」一節，以深入瞭解您請求前往不屬於 UnitedHealthcare 網絡之提供者看診時應需要什麼文件。如果 UnitedHealthcare Community Plan 批准使用不屬於 UnitedHealthcare 網絡的提供者，則您不需承擔任何費用，但本手冊中所述的共付額除外。

有時候我們可能不會核准網絡外轉診，原因是我們的 UnitedHealthcare Community Plan 內即有能治療您的提供者。如果您認為我們的計劃提供者沒有可以治療您之適當培訓與經驗，您可以要求我們核實您的網外轉診是否具有醫療必要性。您將需要提出計劃上訴。請參閱第 69 頁瞭解如何提出。

有時候，我們可能不會核准特定治療的網絡外轉介，原因是您要求的照護與您可從 United Health Care 提供者處獲得的照護沒有很大的差異。您可要求確認您的網絡外治療轉介具醫療必要性。您將需要提出計劃上訴。請參閱第 69 頁瞭解如何提出。

如果您需要看專科醫師以進行持續護理，您的 PCP 可能建議您進行指定數量或時間長度的就診（常設轉診）。如果您有長期轉診，您每次需要護理時將無需新轉診。

如果您患有長期疾病或會隨時間惡化的傷殘疾病，您的 PCP 可以為您安排：

- 您的專科醫師擔任您的 PCP；或
- 轉診至可以治療您疾病的專科護理中心。

您也可以致電會員服務部，獲得進入專科護理中心的幫助。

第一部分 – 您應知道的重要事項

如果您希望您的專科醫師或參與的行為健康提供者擔任您的 PCP，您應與您的專科醫師或參與的行為健康提供者討論，並向其詢問是否願意擔任您的 PCP。這表示您的專科醫師或參與的行為健康提供者將會負責管理您的整體健康需求，協調實驗室檢查、X 光與其他專科醫師就診的轉介。如果您的專科醫師或參與的行為健康提供者同意，則請他們發送一份書面信函，確認其願意擔任您的 PCP 並註明原因。信函請寄至：

Member Services Director
UnitedHealthcare Community Plan
77 Water Street 14th Floor
New York, NY 10005

我們將審查您的要求並告知您我們何時實施變更。

獲得來自 UnitedHealthcare Community Plan 的服務， 無需轉診

女性的健康護理

在以下情況下，您無需經由您的 PCP 轉診，便可找我們的提供者看診：

- 您已懷孕
- 您需要 OB/GYN 服務
- 您需要家庭生育規劃服務
- 您想要找助產士就診
- 您需要進行乳房或盆腔檢查

家庭計劃

您可以獲得以下家庭生育規劃服務：避孕建議、避孕處方、男用與女用避孕套、驗孕、絕育或人工流產。因這類問題就診時，您也可以進行性傳播感染檢測、乳癌檢查或盆腔檢查。

您無須經由主治醫生轉診即可取得此類服務。事實上，您可以選擇於何處獲得這些服務。您可以使用您的 UnitedHealthcare Community Plan ID 卡，找我們的某位家庭生育規劃提供者看診。請參閱本計劃之提供者名錄或致電會員服務部，以在尋找提供者時獲得幫助。

或者，如果您希望找我們計劃外的醫師或診所看診，您可以使用您的 Medicaid 卡。請求您的 PCP 提供，或致電 **1-800-493-4647** 請求會員服務部提供獲得這些服務的地點清單。您也可以致電紐約州健康成長熱線 (1-800-522-5006)，了解您附近的更多家庭服務提供者之名稱。

HIV 與 STI 篩檢

每個人都應知曉其 HIV 狀態。HIV 與性傳播感染篩檢是您常規健康護理的一部分。

- 您可以在進行辦公室或診間回診的任何時候進行 HIV 或 STI 檢測。
- 您可以在接受家庭生育規劃服務的任何時候進行 HIV 或 STI 檢測。您無需經由 PCP (主治醫師) 轉診。只需與家庭生育規劃提供者預約則可。如果您想要進行 HIV 或 STI 檢測，但不想在家庭生育規劃服務時進行，您的 PCP 可以為您提供或幫您安排。
- 或者，如果您不希望使用我們的 UnitedHealthcare Community Plan 提供者之一，您可以使用您的 Medicaid 卡，讓 UnitedHealthcare Community Plan 外的家庭生育規劃提供者為您服務。在尋找計劃提供者或 Medicaid 提供者提供家庭生育規劃服務時若想獲得幫助，請致電會員服務部電話 **1-800-493-4647**。
- 每個人都應就進行 HIV 檢測與其醫師討論。若要獲得免費 HIV 檢測或在未提供您姓名的情況下進行檢測，請致電 1-800-541-AIDS (英語) 或 1-800-233-SIDA (西班牙語)。

部分檢測為「快速檢測」，檢測結果在您等待時便已得出。為您提供檢測的提供者將向您說明結果，並在需要時安排追蹤護理。您也將了解如何保護您的伴侶。如果您的檢測為陰性，我們會幫助您了解如何保持這種狀態。

第一部分 – 您應知道的重要事項

HIV 諮詢及檢驗

UnitedHealthcare 希望促進 HIV/AIDS 的防治。對於有感染 HIV 風險的人士，有一些相關資訊可用。我們可以提供您的資訊包括：感染如何擴散、如何保護自己（若您未感染），以及如何保護他人（若您已遭感染）。我們可以提供您如何讓您和您的伴侶接受檢測及諮詢的資訊。有許多醫師專精 HIV 感染者的護理。

若您想取得更多資訊，瞭解 HIV 預防及 UnitedHealthcare 可如何協助您，或您希望更加瞭解 UnitedHealthcare 設計來協助 HIV 感染者會員的專門計劃，請致電會員服務部，電話：**1-800-493-4647**，然後向個案管理部的人員諮詢。

- 您可以在接受家庭生育規劃服務的任何時候進行 HIV 檢測和諮詢。您無需經由 PCP（主治醫師）轉診。只需與我們其中一所家庭生育規劃提供者預約則可。
- 或者，如果您不希望使用其中一所 UnitedHealthcare Community Plan 提供者，您可以使用您的 Medicaid 卡，讓 UnitedHealthcare Community Plan 網絡外的家庭生育規劃提供者為您服務。在尋找計劃提供者或 Medicaid 提供者提供家庭生育規劃服務時若想獲得幫助，請致電會員服務部電話 **1-800-493-4647**。
- 若您想要接受 HIV 檢測與諮詢，但不想在接受生育計劃服務時進行，您的 PCP 可以提供或替您安排。或者您可以到匿名 HIV 檢測與諮詢單位就診。如需資訊，請致電紐約州 HIV 諮詢熱線，電話 1-800-872-2777 或 1-800-541-AIDS。
- 如果您在檢測及諮詢服務之後需要 HIV 治療，您的 PCP 將協助您取得追蹤護理。

眼科護理

承保的福利包含眼科醫師、驗光師及眼科藥劑師等必要服務，也含括眼科檢查和一副眼鏡（如需要）。一般而言，您可以每兩年獲得一次此類服務，或在有醫療必要性時多次獲得。確診患有糖尿病的投保人可自行轉診接受散瞳眼睛（視網膜）檢查，任 12 個月期間限一次。您只需選擇一位我們的參與提供者即可。

一般而言，每兩年會提供一副配有 Medicaid 認證鏡框的新眼鏡。至於新鏡片，若您的視力變化大於半個屈光度，則可以更經常更換鏡片。若您弄壞了眼鏡，可以獲得修理。眼鏡丟失或無法修復的破損眼鏡可以按照相同處方，更換為相同鏡框類型的眼鏡。如果您需要看眼科專家，以獲得眼部疾病或缺陷護理，您的 PCP 將幫助您轉診。

行為健康 – (心理健康與物質濫用)

我們希望幫助您獲得您可能需要的精神健康及藥物與酒精濫用服務。若您隨時需要我們提供精神健康或物質使用幫助，您可以找任何接受 Medicaid 的行為健康提供者看診，以瞭解您可能需要的服務。這包括臨床與解毒等服務。您無需經由 PCP 的轉介。

戒菸

如果您想要戒煙，您可以獲得藥物、用品和諮詢服務。您無須經由主治醫生轉診即可取得此類服務。UnitedHealthcare Community Plan 將會盡可能承保具有醫療必要性的戒菸諮詢。

產婦憂鬱症篩檢

如果您懷有身孕，且認為您需要憂鬱症方面的幫助，您可以接受篩檢，看您需要何種服務。您無需經由 PCP 的轉介。您可以在懷孕期間和產後最多一年內進行憂鬱症篩檢。

急症

急症始終在承保範圍內。急症是指以下醫療或行為病症：

- 突然發生，並且
- 伴有疼痛或其他症狀。

急症會導致具有一般健康常識的人擔心，某人不馬上接受護理將對身體部位或功能造成嚴重傷害或嚴重缺陷。

急症的範例包括：

- 心臟病發作或嚴重胸痛
- 流血不止或嚴重燒傷
- 骨折
- 呼吸困難、抽搐或失去知覺
- 感覺想要傷害自己或他人
- 若您懷孕且有疼痛、出血、發燒或嘔吐等症狀
- 用藥過量

非急症範例包括感冒、喉嚨痛、胃不舒服、小割傷及瘀傷或是肌肉扭傷。

第一部分 – 您應知道的重要事項

非急症也可能是家庭問題、分手或想要使用酒精或其他藥物。這些病症的感覺類似急症，但這不是進入急診室的理由。

請謹記：

您在使用急診服務前不需要預先核准。請在有急症的狀況下，才使用急診室服務。

流感、喉嚨痛或耳部感染等病症患者不應使用急診室服務。

如果您有任何疑問，請致電您的 PCP 或 UnitedHealthcare Community Plan，電話號碼是：
1-800-493-4647。

若您有急症，可參考以下流程

如果您確認是☒☒急症☒☒，請致電911或前往急診室。獲得急症護理前，您無需獲得計劃或您PCP的審批，您亦無需使用我們的醫院或醫師。

如果您不確定，請致電您的 PCP 或 UnitedHealthcare Community Plan。將您發生的情形告知與您通話的人員。您的 PCP 或會員服務部代表將：

- 告知您在家中如何處理，
- 請您前來 PCP 的辦公室，或
- 請您前往最近的急診室。

如果在計劃轄區外出現急症：

- 前往最近的急診室

緊急護理

您可能受傷或患有不是急症的疾病，但仍需立即獲得護理。

- 可能是一名患有耳痛的兒童在夜間醒來，不斷哭泣
- 可能是流感或您需要縫合服務
- 可能是腳踝扭傷，或您無法移除使您感到疼痛的碎片

您可以預約當天或第二天進行緊急護理就診。無論您在家中還是在外面，無論白天或夜間，請隨時致電您的 PCP。如果您無法聯絡上您的 PCP，請致電 **1-800-493-4647** 聯絡我們。請將發生的情況告知接電話的人員。他們會告訴您該怎么做。

美國境外的護理服務

如果您在美國境外旅行，則您僅可以在哥倫比亞特區、波多黎各、維京群島、關島、北馬利安納群島和美屬薩摩亞獲得緊急護理和急診護理。如果您在任何其他國家（包括加拿大與墨西哥）需要醫療照護，您將需要支付護理費用，且這筆費用將無法獲得 UnitedHealthcare Community Plan 的承保。

第一部分 – 您應知道的重要事項

我們希望您保持健康

除常規檢查及您與家人需要的疫苗注射外，以下是一些讓您保持健康的其他方式：

- 供您與家人參與的課程
- 戒菸課程
- 產前照護和營養
- 悲痛／喪慟支援
- 母乳餵養與嬰兒照護
- 壓力管理
- 體重控制
- 膽固醇控制
- 糖尿病諮詢與自我管理訓練
- 氣喘諮詢與自我管理訓練
- 性傳播感染 (STI) 檢測與自我 STI 防護
- 家暴服務

請撥打會員服務部電話 **1-800-493-4647**，或造訪我們的網站，網址是 myuhc.com/CommunityPlan，以瞭解更多資訊並獲得即將推出課程的清單。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

本手冊的其餘內容僅供需要時參考。本手冊列出了承保與不承保的服務。如果您有投訴，本手冊將告知您要怎麼做。本手冊也有其他或許對您有用的資訊。請隨時攜帶本手冊，以便不時之需。

福利

Medicaid Managed Care 可提供常規 Medicaid 之外的各種服務。UnitedHealthcare Community Plan 將提供或安排您所需要的大多數服務。不過，有部分服務您無需透過 PCP 也可以獲得。這些服務包括急症護理；家庭生育規劃／HIV 檢測與諮詢；特定自我轉診服務，包括您可在 UnitedHealthcare Community Plan 獲得的服務以及您可以選擇前往任何 Medicaid 服務提供者處獲得的部分服務。如果您有任何疑問或需要關於任何以下服務的相關幫助，請撥打我們的會員服務部免費電話 **1-800-493-4647**。

新技術

當新的醫療程序、治療和藥物由具有公信力的全國性醫療專家團體（例如 FDA 或美國食品藥物管理局）認定安全並取得使用核准後，UnitedHealthcare Community Plan 將遵行一套檢視該等醫療程序、治療和藥物之流程。出現這種情況時，將執行內部審核及批准流程，此流程用於將新程序、治療和藥物投入生產，以便成為為您承保的福利。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

UnitedHealthcare Community Plan 承保的服務

您必須使用 UnitedHealthcare Community Plan 提供者來獲得這些服務。所有服務必須具有醫療必要性或臨床必要性，並由您的 PCP (主治醫師) 提供或轉診。如果您有任何疑問或需要關於任何以下服務的相關幫助，請撥打我們的會員服務部電話 **1-800-493-4647**。

常規醫療照護

- 到您 PCP 的診間就診
- 轉介至專科醫師處
- 眼科／聽力檢查

預防照護

- 健康嬰兒照護
- 健康兒童照護
- 常規檢查
- 從出生至童年期間的兒童疫苗接種
- 從出生至 21 歲的投保人接受早期與週期性篩檢、診斷和治療 (EPSDT) 服務
- 每日曆年八次的戒煙諮詢看診
- 取得免費針頭與注射器
- HIV 教育與風險降低

乳房 X 光檢查

網絡內：承保。

診斷性乳房攝影 (連同乳癌治療或追蹤一同執行的乳房攝影) 不受任何限制，只要在醫療上必要便予以承保。

篩檢性乳房攝影 — 每 12 個月承保一次 — 自上次篩檢後必須經過整整 11 個月 (依據 CMS)。

如果您無法懷孕，UnitedHealthcare Community Plan 承保可能有幫助的服務。

UnitedHealthcare Community Plan 承保部份不孕藥物。此福利僅限終身承保 3 個治療週期。UnitedHealthcare Community Plan 也承保有關處方和監測此類藥物使用的服務。不孕福利包括：

- 門診就診
- 子宮和輸卵管 X 光
- 骨盆腔超音波
- 驗血

資格要求：

您符合下列條件時，即有資格取得不孕服務：

- 您為 21 – 34 歲，且在 12 個月規律、無避孕措施的性生活後無法懷孕
- 您為 35 – 44 歲，且在 6 個月規律、無避孕措施的性生活後無法懷孕

如欲進一步瞭解這些服務，請致電 **1-800-493-4647**、聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711** 與會員服務部聯絡。

產科照護

- 懷孕護理
- 醫師／助產士與醫院服務
- 新生兒護理
- 懷孕期間和產後最多一年內的憂鬱症篩檢

居家健康護理

- 必須具有醫療必要性，並由 UnitedHealthcare Community Plan 安排
- 一次醫療必要性產後居家健康就診，針對高風險女性於醫療上必要時進行額外就診
- 至少 2 次高風險嬰兒 (新生兒) 就診
- 您的 PCP／專科醫師視需要安排的其他居家健康照護就診

第二部分 – 您的福利和計劃程序

個人護理／家庭看護／消費者主導的個人援助服務 (CDPAS)

- 必須具有醫療必要性，並由 UnitedHealthcare Community Plan 安排
- 個人照護／家庭看護 — 協助洗澡、穿衣和進食，並幫助準備膳食和打理家務
- CDPAS — 協助洗澡、穿衣和進食，幫助準備膳食和打理家務，以及家庭健康助理與護理工作。此服務將由您選出並按您指令行事的一位助理提供
- 欲瞭解更多資訊，請撥打會員服務部免費電話 **1-800-493-4647**

個人緊急回應系統 (PERS)

- 這是您在發生緊急事件時可以使用的服務
- 為符合資格並取得此服務，您必須正在接受個人照護／家庭看護或 CDPAS 服務

成人日間健康護理服務

- 必須經由您的主治醫師 (PCP) 推薦
- 提供健康教育、營養、護理與社會服務，協助日常生活、復健療法、藥房服務，以及牙科與其他專科護理轉診

AIDS 成人日間健康護理服務

- 必須經由您的主治醫師 (PCP) 推薦
- 提供一般醫療與護理照護、物質濫用支援服務、精神健康支援服務、營養服務，以及社會化、休閒性及保健／健康促進活動

結核病治療

- 此服務是為了幫助您服用結核病藥物和追蹤護理

National Diabetes Prevention Program (NDPP) 服務

如果您有發生第 2 型糖尿病的風險，UnitedHealthcare Community Plan 會承保可能有幫助的服務。

UnitedHealthcare Community Plan 透過 National Diabetes Prevention Program (NDPP) 承保糖尿病預防服務。此項福利承保 12 個月期間的 22 個 NDPP 團體訓練課程。

National Diabetes Prevention Program 是一項教育及支持計劃，係設計用於協助具有發生第 2 型糖尿病風險的人士。本計劃包含團體訓練課程，著重於健康飲食和運動的長期正面影響。這些生活型態改變的目標包括適度減重和增加體能活動。NDPP 課程是由經訓練的生活型態導師所教授

資格要求：

如果您由醫師或其他持照執業人員推薦，且符合下列條件，便可能符合糖尿病預防服務的資格：

- 年滿 18 歲，
- 目前未懷孕，
- 體重過重，以及
- 未曾被診斷患有第 1 型或第 2 型糖尿病。

且您符合下列其中一項條件：

- 您過去一年內的血液檢測結果曾顯示在糖尿病前期範圍內，或
- 您曾被診斷患有妊娠期糖尿病，或
- 您的 CDC/American Diabetes Association (ADA) 糖尿病前期風險檢測分數為 5 分或更高分。

請與您的醫師討論您是否符合 NDPP 參與資格。如欲進一步瞭解這些服務，請致電 **1-800-493-4647**、聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711** 與會員服務部聯絡。

安寧照護

安寧服務可幫助患者及其家人滿足在疾病最後階段與過世後的特殊需要。

- 必須具有醫療必要性，並由 UnitedHealthcare Community Plan 安排
- 為患病且預期存活一年或不足一年的患者，提供支援服務及部分醫療服務
- 您可以在家中或在醫院或療養院中獲得這些服務

正在接受安寧服務的未滿二十一 (21) 歲兒童，也可以獲得醫學上的治癒服務與姑息護理。

如果您有關於此福利的任何疑問，可撥打會員服務部免費電話 **1-800-493-4647**。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

牙科護理

UnitedHealthcare Community Plan 在我們服務的所有郡內皆有承保牙科服務。UnitedHealthcare Community Plan 相信，為您提供良好的牙科護理對您的整體健康護理很重要。我們與個別牙醫師和聯合診所簽約以提供牙科護理服務，他們是提供高品質牙科服務方面的專家。承保的服務包括定期與常規牙科服務，例如預防性牙科檢查、清潔、X 光、補牙與其他服務，以檢查是否存在可能需要為您提供治療及／或追蹤護理的變化或異常。看牙醫無需您的 PCP 轉診！

如何使用牙科服務

您無需選擇屬於 UnitedHealthcare Community Plan 的主要護理牙醫。您可以透過選擇提供者名錄上所列的一位牙醫選擇任何參與牙醫（屬於 UnitedHealthcare Community Plan 網絡），或者您可以撥打會員服務部電話 **1-800-493-4647**，尋求協助。請您在接受牙醫服務時出示您的 UnitedHealthcare Community Plan 會員 ID 卡。

請出示您的 UnitedHealthcare Community Plan 會員 ID 卡以獲得牙科福利。您不會收到單獨的牙科 ID 卡。您前往牙科看診時，應出示您的 UnitedHealthcare Community Plan 會員 ID 卡。

您也可以前往牙科學術中心經營的牙科診所，無需轉診。請撥打會員服務部免費電話 **1-800-493-4647**，瞭解牙科學術中心的位置。

如果您需要查找某位牙醫或更換您的牙醫，請造訪我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan，或撥打會員服務部電話 **1-800-493-4647**。會員服務部代表可隨時為您提供幫助。多數代表會講您的語言，或與 Language Line Services 訂有合約可使用其語言服務。

植牙

您的 Medicaid Managed Care 福利可能包括植牙。若您的醫師和牙醫師認為有需要，UnitedHealthcare Community Plan 將承保植牙。

UnitedHealthcare Community Plan 將在下列情況下承保植牙：

- 您的醫師認為您需要植牙才能減輕您的醫療問題；以及
- 您的牙醫師認為植牙是處理您牙齒問題的唯一方式。

畸齒矯正護理

UnitedHealthcare Community Plan 將承保牙齒有嚴重問題且年齡不超過 21 歲人士的牙套服務，這些嚴重問題如：因牙齒嚴重彎曲無法咀嚼食物、腭裂或唇裂。

視力保健

- 眼科醫師、眼科藥劑師與驗光師服務，及隱形眼鏡、聚碳酸酯鏡片、義眼及／或丟失或損壞眼鏡的更換，包括修理（具有醫療必要性時）的承保項目。若計劃提供者要求，義眼也於承保範圍之內
- 眼科檢查，通常每兩年一次，有醫療必要性可多次檢查
- 眼鏡（每兩年一副新的 Medicaid 認證框架眼鏡，若有醫療必要性，可更頻繁提供）
- 由您的醫師安排的視力檢查和視力輔具
- 因眼部疾病或缺陷獲得專科醫師轉診

藥房

- 醫師處方用藥
- 非處方成藥
- 胰島素和糖尿病用品
- 戒煙藥物，包括成藥 (OTC) 產品
- 助聽器電池
- 腸道配方
- 緊急避孕（每日曆年 6 次）
- 醫療與手術用品

部分的會員可能需要支付某些藥物與藥房品項的共付額。以下會員或服務沒有共付額：

- 年齡小於 21 歲的消費者
- 懷孕的消費者。懷孕女性在懷孕期間及懷孕結束當月之後的兩個月已經免除

第二部分 – 您的福利和計劃程序

- 參與 OMH 或 OPWDD Home and Community Based Services (HCBS) Waiver Program 的客戶
- 因創傷性腦損傷 (TBI) 參與 DOH HCBS Waiver Program 的客戶
- 家庭生育規劃的藥物和用品, 如避孕藥和男用或女用保險套
- 用於治療心理疾病 (精神科藥物)、物質濫用疾患與結核病的藥物

處方項目	共付額	共付額詳情
品牌處方藥	\$3.00/\$1.00	請參閱首選藥物清單
首選品牌處方藥	\$1.00	請參閱首選藥物清單
非處方成藥	\$0.50	請參閱首選藥物清單

- 每個新處方和每次續配藥物將收取共付額
- 如果您需要支付共付額, 則每季最多將支付 \$50 共付額最高金額每季重設, 不論您上個季度已支付多少金額。季度共分為:
 - 第一季: 1月1日至3月31日
 - 第二季: 4月1日至6月30日
 - 第三季: 7月1日至9月30日
 - 第四季: 10月1日至12月31日

如果您無法支付要求的共付額, 您應告訴醫療服務提供者。醫療服務提供者不得因您無法支付共付額, 而拒絕提供您服務或商品。(未支付的共付額是您積欠醫療服務提供者的欠款)

如欲進一步瞭解這些服務, 請致電 **1-800-493-4647**、聽障專線 (TTY) **711** 與會員服務部聯絡

- 如果您在日曆年中轉換計劃, 則請保留您的收據作為共付額的憑證, 或者您可以請求藥房提供已支付的共付額憑證。您會需要提供一份副本給您的新計劃
- 某些藥物可能需要您的醫師在開出處方前獲得我們的預先授權。您的醫師可與 UnitedHealthcare Community Plan 合作, 確保您可取得您需要的藥物。在本手冊的後文可了解到更多關於預先授權的資訊

90 天藥量福利

您的計劃現在承保在零售藥局領取 90 天選定藥物的藥量。有了 90 天藥量，您將不必再每個月續配。

如果您希望參與此項福利：

- 請詢問您的醫師，了解您的藥物是否符合此項福利。您的醫師可針對您目前服用的同一種藥物開立 90 天藥量的新處方。
- 請聯絡您的藥師。您的藥師可通知您的醫師開立 90 天藥量的新處方。

如需此項福利所包含的完整藥物清單，請造訪 myuhc.com/CommunityPlan，或撥打 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711** 聯絡會員服務部。

如何獲取醫師處方用藥

將您的處方和您的 UnitedHealthcare Community Plan 會員 ID 卡帶至任何參與計劃的藥房。參與藥房列於提供者名錄中，請造訪 myuhc.com/CommunityPlan，或者您可以撥打會員服務部免費電話 **1-800-493-4647**，以尋求協助。若您不使用參與藥房，則您需要自行支付藥物費用。

每個新處方和每次續配藥物將收取共付額。如果需要您支付共付額，則每季最多將支付 \$50。如果您在日曆年中轉換計劃，則請保留您的收據作為共付額的憑證，或者您可以請求藥房提供已支付的共付額憑證。您會需要提供一份副本給您的新計劃。

您可以選擇在哪裡購買處方藥。您可以造訪 myuhc.com/CommunityPlan，從提供者名錄中的參與藥房中查詢名稱，或撥打會員服務部電話 **1-800-493-4647**。

我們的首選藥物清單 (Preferred Drug List, PDL) 上列出的所有藥物將在具有醫療必要性時予以承保。您應已連同歡迎手冊一起收到首選藥物清單，或者您可以撥打會員服務部電話 **1-800-493-4647**，請求提供副本。

預先授權

某些藥物可能需要您的醫師在開出處方前獲得我們的預先授權。這表示該藥方必須在您前往藥房取藥之前獲得批准。當某種藥物需要預先授權時，您的醫師必須聯絡我們的藥房部。他們將審核您醫師之申請，並告知您與您的醫師其決定。如果您開處方的藥物需要預先授權，但您的醫師沒有得到授權，您將無法獲得處方藥。您的醫師需要撥打我們的藥房部電話 **1-800-310-6826**，請求預先授權。在我們處理您的請求前，您的藥房也許能夠為您先提供 3 天緊急藥量。如果我們沒有批准請求，我們將告知您可如何上訴。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

階段療法

首選藥物清單上的部分藥物有首先使用其他藥物的要求。這稱為階段療法。若要求先用的藥物已先行試用，則可承保階段療法的藥物。如果尚未嘗試要求先用的藥物，您的醫師必須獲得預先授權。我們將請您的醫師解釋，為何您不能使用要求先用的藥物。如果我們沒有批准請求，我們將告知您可如何上訴。

品牌藥代替通用名等效藥

UnitedHealthcare Community Plan 要求，有通用名藥物可供使用時要先使用通用名藥物。通用名藥物與品牌藥具有相同的藥性成分。通用名藥物與品牌藥一樣安全、有效。如果您的醫師認為您需要品牌藥，而非通用名藥物，您的醫師必須致電 **1-800-310-6826**，獲得預先授權。我們將請您的醫師說明，您無法首先使用通用名藥物的原因。如果我們沒有批准請求，我們將告知您可如何上訴。

專科藥物

專科藥房的藥物通常是高成本藥物（口服或注射），用以治療罕見、複雜或慢性疾病。（其中包括，如：類風濕性關節炎藥物、生長激素與口服癌症藥物。）這些藥物通常需要經常監測（以確保這些藥物起效，並避免副作用），服用這些藥物的患者可能需要額外支援或幫助，以管理其治療。某些專科藥物需要預先授權。一經批准，專科藥房便可致電會員，安排取藥。該藥房將在每次該續配藥物時提前通知會員。如果願意，會員可以透過其當地的網絡藥房獲得其專科藥物。如果您需要協助，請撥打會員服務部電話 **1-800-493-4647**。

不列於 UnitedHealthcare Community Plan 首選藥物清單 (PDL) 上的藥物

如果您的處方不列在我們的 PDL 內，您的醫師必須獲得預先授權。如果您的醫師未這樣做，您將無法得到該藥物。PDL 上的藥物清單隨附於您的歡迎文件中，myuhc.com/CommunityPlan 網站上也有提供，或您可以撥打會員服務部電話 **1-800-493-4647** 索取。如果醫師選擇不使用 PDL 中的藥物，您的醫師必須獲得藥房部之預先授權。審核時間為 24 小時。您和您的醫師將得知結果（決定）。如果我們沒有批准請求，我們將告知您可如何上訴。

以下項目獲得承保：

- 處方藥物 (根據聯邦法律需要開立處方的藥物)
- 使用處方藥的複方
- 一次性血糖或尿糖測試劑
- 一次性胰島素針頭或注射器
- 生長激素
- 胰島素
- 採血針
- 處方避孕藥
- 氟化物補充劑
- 維生素和礦物質
- 處方產前維他命

以下項目不獲承保：

- 同化類固醇
- 食慾抑制劑 (用於減重的藥物)
- 抗皺劑
- 膳食補充劑
- 不孕症藥物
- 選定處方維他命和礦物質產品
- 禿頭用藥
- 選定非處方藥 (成藥)
- 著色劑
- 美容用藥物
- FDA 根據藥效研究註明為不太有效的藥物。或未根據 OBRA' 90 與政府簽訂返利協議的公司生產的藥物

您的醫師可與 UnitedHealthcare 合作，確保您獲得所需的藥物。在本手冊的後文可了解到更多關於預先授權的資訊。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

醫院護理

- 住院照護
- 門診照護
- 實驗室、X 光、其他檢測

急診照護

- 急症照護服務是評估或穩定急症所需的程序、治療或服務
- 您接受急症護理後，可能需要其他護理，以確保您保持穩定狀態。根據需要，您可能在急診室、住院病房或其他環境中接受治療。這稱作穩定後服務
- 欲瞭解關於急症服務的更多資訊，請參閱第 25 頁

專科護理

涵蓋其他執業醫護人士提供的服務，包括：

- 職能、物理和語言治療師 — 職能和語言治療服務限於每個日曆年二十 (20) 次就診，物理治療服務限於每個曆年四十 (40) 次就診，但年齡未滿 21 歲的人士，或發育性殘疾人士事務辦公室確定您患有發育性殘疾，或您有創傷性腦損傷除外。這些治療服務需預先授權以確認需照護的部位具有醫療必要性
- 聽力治療師
- 助產士
- 心臟復健
- 足科醫師 (如果您患有糖尿病)
- 精神科醫師
- 心理師
- 持有執照的社工師
- 心理治療師

住宅健康照護設施服務(療養院)

- 包含短期或復健留院,以及長期照護
- 需由醫師要求,且由 UnitedHealthcare Community Plan 授權
- 承保的療養院服務包含醫療監督、24 小時照護、日常生活協助、物理治療、職能治療以及言語 – 語言病理學等

若您需要長期安置於療養院,您的當地社會服務部門必須判斷您是否符合特定 Medicaid 收入要求。UnitedHealthcare Community Plan 以及療養院都能協助您申請。

您必須經由 UnitedHealthcare Community Plan 提供者網絡中的療養院取得此照護。若您自 UnitedHealthcare Community Plan 網絡之外選擇療養院,您可能需轉換至其它計劃。請撥打 **1-800-505-5678** 聯絡紐約 Medicaid Choice 以尋求協助,並詢問療養院提供者及計劃網絡。

如需協助找尋我們網絡內的療養院,請撥打 **1-800-493-4647**,聽障專線 (TTY) **711**。

復健

UnitedHealthcare 社區計劃給付於專業療養院進行短期或復健安置的費用

長期安置

對於年齡到達或超過 21 歲的人士,UnitedHealthcare Community Plan 承保療養院長期安置。

長期安置意味著您將入住於設施齊全的療養院。

符合資格的退伍軍人、符合資格的退伍軍人配偶,以及符合資格的退伍軍人之 Gold Star 家長可以選擇入住退伍軍人療養院。

承保的療養院服務包括:

- 醫療監督
- 24 小時護理照護
- 日常生活援助
- 物理治療
- 職能治療
- 語言病理學和其他服務

第二部分 – 您的福利和計劃程序

如需獲得這些療養院服務：

- 這些服務必須由您的醫師囑咐，並且
- 服務必須獲得 UnitedHealthcare Community Plan 授權。

必須由您所在郡的社會服務部門認定您在財務上符合長期療養院護理的資格，以便讓 Medicaid 及／或 UnitedHealthcare Community Plan 支付此類服務的費用。

如果您符合長期安置資格，則必須在 UnitedHealthcare Community Plan 網絡內選擇一家療養院。

如果您希望入住 UnitedHealthcare Community Plan 網絡以外的療養院，您可能需要轉換至與所選療養院合作的另一項計劃，以便接受照護。

UnitedHealthcare Community Plan 網絡內沒有退伍軍人療養院。如果您是符合資格的退伍軍人，或者是符合資格的退伍軍人之伴侶或 Gold Star 家長，並且您希望入住退伍軍人療養院，您可能需要轉換至另外一項 Medicaid Managed Care 健康計劃。

如果您對此類福利存在疑問，請致電會員服務部免費電話 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**，服務時間：週一至週五，上午 8:00 至晚上 6:00。

耐用醫療設備 (Durable Medical Equipment, DME)

耐用醫療設備 (包含下列服務) 可從任何參與的 DME 提供者取得。參與的 DME 提供者列於提供者名錄，或者您也可致電會員服務部，電話 **1-800-493-4647**，以瞭解您附近的提供者地點和電話號碼。下列項目不能透過參與的藥房取得；而是只能透過參與的 DME 提供者取得。有些費用超過 \$500 的耐用醫療設備將需要預先授權。請撥 1-866-604-3267 查詢您的 DME 是否需要授權。

- 助聽器
- 義體
- 矯具

物理治療、職能治療和言語治療

如為物理、職能或語言治療，您的主要醫師需獲取預先授權以確認這些需要照護的部位具有醫療必要性。如此些服務將於僅診間醫院提供，則將審查該照護部位。UnitedHealthcare Community Plan 承保由醫師或其他持照專業人員開立醫囑且醫療上所必需的 PT、OT 和 ST 就診。

如欲進一步瞭解這些服務，請致電 **1-800-493-4647**、聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711** 與會員服務部聯絡。

足部護理

包括當任何投保人 (不分年齡) 的身體狀況由於涉及足部的局部疾病、受傷或症狀構成危險、或作為其他承保服務 (如糖尿病、潰瘍和感染的診斷與治療) 的必要和不可缺少部分需要而提供時，我們對由符合資格之提供者類型所提供的常規足部護理予以承保。

由足科醫師為未滿二十一 (21) 歲人士提供的服務若由醫師、註冊醫師助理、合格執業護理師或持照助產士轉診則獲承保。

- 由足科醫師為成人糖尿病患者提供的服務受到承保
- 會員可看足科醫師以獲得所有醫療上必要的足科護理
- 足科醫師提供的常規足部保健服務 (例如：雞眼與繭的修剪、指甲修剪、足部清潔和浸泡) 不被視為醫療上必要，且對於無病理狀況的會員不予承保

第二部分 – 您的福利和計劃程序

遠距健康服務

UnitedHealthcare Community Plan Medicaid Managed Care 承保遠距健康服務。遠距健康服務又稱為遠距醫療。遠距醫療是指利用電子技術來進行溝通。遠距醫療是用於當您和提供者位於不同地域的情況。

遠距健康服務可能包括：

- 您與醫療服務提供者進行即時視訊會議
- 醫師將您的資訊傳送給其他提供者
- 遠端監控病患血壓及其他生命徵象

在診所、醫療中心或精神健康中心所提供的服務皆可屬於遠距健康服務的承保範圍。如果您有使用監控設備，則在您居家環境所提供的服務亦可能屬於承保範圍。這些服務必須符合特定計劃規定。

性別重置

UnitedHealthcare Community Plan Medicaid Managed Care 從現在起為確診患有性別不安症的人士承保性別轉換照護。性別不安症是指一個人對其出生時的性別感到嚴重的苦惱。他們無法認同此性別。這可能會導致他們強烈渴望被當成異性一般對待。這可能讓他們渴望去除個人的性徵。這還可能包括其有異性的典型感受。

根據病患的性別目標，照護項目可能包括：

- 諮詢
- 荷爾蒙療法（針對 18 歲及以上會員提供此項承保）
- 性別重置手術（針對 18 歲及以上會員提供此項承保，即使將導致絕育）

醫療上必要的荷爾蒙治療和／或 GRS 對於年滿 18 歲及以上的人士可能受到承保。對於僅為了改善個人外觀之目的而進行的任何程序，將不予支付費用，除非已提供醫療必要性的理由，且獲得預先授權。

凝血因子

UnitedHealthcare Community Plan Medicaid Managed Care 支付凝血因子產品以及與血友病及其他凝血蛋白缺陷護理相關的其他住院及門診治療和服務。如果輸液是在門診或居家場所進行，我們將會支付具有醫療必要性的凝血因子產品和服務。我們將支付住院期間的凝血因子服務。

驅蚊產品承保

UnitedHealthcare Community Plan 將為驅蚊產品提供部分承保。必須要處方給往返茲卡病毒傳播地區旅行的會員。這些區域列於美國疾病管制局 (CDC): <https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/zika-information>。

如需參閱所有的產品列項，請造訪 <https://www.uhccommunityplan.com/ny/medicaid/medicaid-uhc-community-plan/lookup-tools#collapse-1551303021>。所有這些產品每月限量 2 罐。

茲卡病毒感染是嚴重的疾病。為了阻止茲卡病毒散播，UnitedHealthcare 將支付驅蚊產品，直到 CDC 聲明茲卡病毒不再構成風險為止。

個案管理

UnitedHealthcare 有專門的護理管理計劃，設計旨在協助帶有嚴重且複雜醫療病況的會員，包括：

- HIV/AIDS
- 腎臟衰竭
- 高血壓
- 肺氣腫 (COPD)
- 糖尿病
- 氣喘
- 鐮狀細胞貧血
- 充血性心力衰竭
- 心臟疾病
- 血友病
- 癌症
- 高危險妊娠

若您想取得更多資訊，瞭解這些計劃可如何協助您，請致電會員服務部 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**，然後要求轉接個案管理部人員。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

個案管理計劃通常提供給需要協助管理慢性疾病的會員。若您有興趣加入個案管理計劃，UnitedHealthcare Community Plan 將進行評估，以判定您是否有資格接受個案管理。只要醫療上有必要，或直到您的病況可自我管理為止，個案管理服務都將持續提供。

健康家庭護理管理

UnitedHealthcare Community Plan 希望滿足您的所有健康要求。如果您有多個健康問題，您可能從健康家庭護理管理中受益，以幫助您協調所有健康服務。Health Home 計劃的目標，在於確保其會員獲得所需護理與服務。這可能代表著降低到急診室就診次數、或減少花在醫院的時間、改善從醫師和提供者取得的常規照護與服務、找到安全的居住地點，以及找到安排醫療約診的方法。

健康家庭照護經理可以：

- 與您的 PCP 及其他提供者合作，協調您所有的健康護理；
- 與您信任的人 (如家人或朋友) 等合作，以協助您規劃並取得照護；
- 協助您與您的 PCP 及其他提供者約診；以及
- 幫助管控持續的醫療問題，如糖尿病、氣喘和高血壓。

欲瞭解 Health Homes 的更多資訊，請聯絡會員服務部，電話號碼是 **1-800-493-4647**。若要符合 Health Home 服務的資格，該人士必須投保 Medicaid 且必須有：

- 兩種或更多種慢性病症 (例如物質濫用疾患、氣喘、糖尿病*)；或
- 一種符合資格的慢性病症：HIV/AIDS；或
- 嚴重精神疾病 (SMI) (成人)；或
- 嚴重情緒失調 (SED) 或複雜創傷 (兒童)。

若該人士罹患 HIV 或 SMI，不必被判定為有罹患其他病症的風險，也能符合 Health Home 服務資格。物質濫用疾患 (SUDS) 被視為慢性病症，且本身無法使個體具備獲得 Health Home 服務的資格。罹患 SUDS 的個體還必須罹患另一種慢性病症才能符合資格。慢性病症標準非為族群特定 (例如接受寄養照顧、未滿 21 歲、關在少年觀護所等)，且不會自動讓孩子符合 Health Home 資格。此外，Medicaid 會員必須適於接受由 Health Home 所提供強度的照護管理服務 (即滿足適切性標準)。

使用情況管理

UnitedHealthcare Community Plan 不希望您獲得的照護不足，也不希望您獲得您不需要的照護。我們也必須確保您獲得的護理是受承保的福利。這麼做的流程稱為使用情況管理 (UM)。我們不會因拒絕承保而獎勵提供者。我們不會對 UM 的決定提供誘因。

還有某些服務我們需要在您接受之前先加以審查。您的提供者知道這些是哪些服務。他們會負責通知我們以審查該服務。我們所作的審查稱為使用情況審查。

只有醫師和藥師可執行 UM。我們不會因任何人拒絕提供所需的護理而給予獎勵。如果您有關於 UM 的疑問，請致電聯絡會員服務部 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**。可提供語言協助。

家庭計劃

您可以前往任何接受 Medicaid 並提供家庭生育規劃服務的醫師處或診所看診。您也可以造訪我們的家庭生育規劃提供者之一。無論何種方式，您均無需經由 PCP 轉診。

您可憑處方獲得避孕藥、避孕裝置 (IUD 和避孕隔膜)，以及緊急避孕、絕育、懷孕測試、產前護理和人工流產服務。您也可造訪生育規劃提供者，以接受 HIV 和性傳播感染 (Sexually Transmitted Infection, STI) 檢測及治療，以及與檢測結果相關的諮詢。癌症與其他相關病症篩檢也包含在家庭生育規劃就診中。

HIV 與 STI 篩檢

您可以隨時透過您的 PCP 或 UnitedHealthcare Community Plan 醫師獲得此服務。當您使用家庭生育規劃就診來獲得此服務時，您可以找接受 Medicaid 並提供家庭生育規劃服務的任何一位醫師或前往任何一家診所看診。您作為家庭生育規劃就診的一部分獲得此服務時，無需轉診。

每個人都應就進行 HIV 檢測與其醫師討論。若要使用免費 HIV 檢測或以匿名方式進行檢測，請致電 **1-800-541-AIDS** (英語) 或 **1-800-233-SIDA** (西班牙語)。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

TB 診斷與治療

您可以選擇前往您的 PCP 或到郡一級公共健康機構進行診斷及／或治療。您無需轉診便可前往郡一級公共健康機構。

交通運輸服務

緊急運輸

若您需要急症交通服務，請撥打 911。

非緊急運輸

常規 Medicaid 將承保非緊急醫療交通服務。欲獲得非緊急交通服務，您或您的提供者必須致電 Medical Answering Services, LLC (MAS) 或 LogistiCare Solutions，具體取決於您居住的郡。有關其他資訊，請參閱第 53 頁。

其他承保服務

- 耐用醫療設備 (DME)／助聽器／義體／矯具
- 法院判令的服務
- 幫助獲得社會支援的服務
- 聯邦認可保健中心 (FQHC)
- 家庭計劃
- 用於處理醫療上必要病症的足科醫師服務

行為健康照護

行為健康照護包含心理健康及物質濫用疾患服務。我們所有的會員均可獲得行為健康服務，包括：

成人精神健康照護

- 精神病治療服務
- 心理服務
- 持續型日間治療 (Continuing day treatment, CDT)
- 住院與門診患者的精神健康治療
- 行為健康相關病況注射服務
- 部分住院
- 復健服務 (如果您入住社區家庭或參與家庭型治療)
- 透過心理健康辦公室 (OMH) 診所提供的個人和團體諮詢
- 危機介入服務
- 精神科綜合急診計劃 (Comprehensive Psychiatric Emergency Program, CPEP)，包括延長觀察病房
- 積極性社區治療 (Assertive Community Treatment, ACT)
- 個人化康復服務 (Personalized Recovery Oriented Services, PROS)

危機處理居所支援

此計劃提供給有情緒困擾病徵的年滿 18 歲或以上的人士。在沒有協助的情況下，這些病徵不能於居家或社區內得到控制。

特別護理危機處理居所服務

此治療計劃提供給有嚴重情緒困擾的年滿 18 歲或以上的人士。

21 歲以上成人的物質濫用疾患服務

- 危機處理服務
 - 醫療管理式戒斷管理
 - 醫療監督式戒斷管理 (住院／門診*)
- 住院治療服務 (醫院或社區)

第二部分 – 您的福利和計劃程序

- 居家治療服務
 - 居家安定康復服務
 - 居家復健
 - 門診治療服務
 - 密集門診治療
 - 門診復健服務
 - * 門診戒斷管理
 - 藥物協助治療
- 鴉片類藥物治療計劃 (Opioid Treatment Program, OTP)
 - 包括美沙酮維持治療和其他形式的醫療輔助治療

未滿 21 歲人士的精神健康照護

所有合格的未滿 21 歲兒童：

- 精神科綜合急診計劃 (Comprehensive Psychiatric Emergency Program, CPEP)，包括延長觀察病房
- 部分住院
- 精神科住院服務
- 透過 OMH 診所提供的個人和團體諮詢
- 兒童與家庭治療及支援服務 (Children and Family Treatment and Support Services, CFTSS)，其中包括：
 - 其他持有執照的執業人員 (Other Licensed Practitioner, OLP)
 - 心理社會復健 (Psychosocial Rehabilitation, PSR)
 - 社區精神健康支援與治療 (Community Psychiatric Supports and Treatment, CPST)
 - 家庭同儕支援服務 (Family Peer Support Services, FPSS)
 - 危機介入
 - 青少年同儕支持與訓練 (Youth Peer Support & Training, YPST)
- 精神病治療服務
- 心理服務
- 行為健康相關病況注射服務

兒童的危機處理居所服務

此支援及治療計劃提供給 21 歲以下人士。這些服務協助人們妥善處理情緒危機並回到他們的家中或社區。

合格及未滿 21 歲兒童 (最低年齡 18-20 歲)：

- 積極性社區治療 (Assertive Community Treatment, ACT)
- 持續型日間治療
- 個人化康復服務 (Personalized Recovery Oriented Services, PROS)

針對未滿 21 歲人士的物質濫用疾患服務

- 危機處理服務
 - 醫療管理式戒斷管理
 - 醫療監督式戒斷管理 (住院／門診**)
- 住院成癮治療服務 (醫院或社區)
- 居家成癮治療服務
 - 居家安定康復服務
 - 居家復健
- 門診成癮治療服務
 - 密集門診治療
 - 門診復健服務
 - ** 門診戒斷管理
 - 藥物協助治療
- 鴉片類藥物治療計劃 (OTP)

第二部分 – 您的福利和計劃程序

兒童的居家與社區服務

紐約州承保兒童豁免計劃下的兒童家庭與社區服務 (HCBS) 由 UnitedHealthcare Community Plan 為參與兒童豁免計劃的會員承保兒童 HCBS，並為這些服務提供照護管理。

兒童 HCBS 提供彈性的個人化服務，以滿足每位兒童／青少年的需求。將在兒童／青少年及家庭感到最適合的地方提供 HCBS，以支持其努力實現目標及成就。

誰有資格獲得兒童 HCBS？

兒童 HCBS 適用於符合下列條件的兒童與青少年：

- 需要額外照護和支持以留在家中／社區中
- 有複雜的健康、發展和／或行為健康需求
- 想要避免前往醫院或長期照護機構
- 符合 HCBS 資格並參與兒童豁免計劃

未滿 21 歲的會員將可透過其健康計劃獲得這些服務：

- 社區復健
- 日間復健
- 照顧者／家屬支持與服務
- 社區自我倡導培訓和支援
- 職前服務 — 必須年滿 14 歲
- 支持性就業 — 必須年滿 14 歲
- 喘息服務 (計劃喘息服務和危機喘息服務)
- 緩和照護
- 環境改變
- 車輛改裝
- 擺位輔具和輔助設備

參與兒童豁免計劃的兒童／青少年必須接受照護管理。照護管理提供可協助您找到並獲得適合服務的人員。

- 如果您從健康居家照護管理機構 (CMA) 獲得照護管理，您可以繼續接受 CMA 的服務。UnitedHealthcare Community Plan 將與您的 CMA 合作，以協助您取得所需服務。
- 如果您正接受兒童和青少年評估服務 (C-YES) 提供的照護管理，UnitedHealthcare Community Plan 將與 C-YES 合作，並提供您照護管理。

如欲進一步瞭解這些服務，請致電 **1-800-493-4647**、聽力語言殘障服務專線 (TTY) **711** 與會員服務部聯絡。

非緊急運輸

如果您居住在 Albany、Broome、Bronx、Cayuga、Chautauqua、Chemung、Chenango、Clinton、Columbia、Dutchess、Erie、Essex、Fulton、Genesee、Greene、Herkimer、Jefferson、Kings (Brooklyn)、Lewis、Livingston、Madison、Monroe、Nassau、New York (Manhattan)、Niagara、Oneida、Onondaga、Ontario、Orange、Oswego、Queens、Rensselaer、Richmond (Staten Island)、Rockland、Seneca、St. Lawrence、Suffolk、Tioga、Ulster、Warren、Wayne、Westchester 或 Wyoming 郡，您可以致電 Medical Answering Services、LLC (MAS) 或 LogistiCare Solutions 獲得交通服務。

常規 Medicaid 將承保非緊急醫療交通服務。欲獲得非緊急交通服務，您或您的提供者必須致電 Medical Answering Services, LLC (MAS) 或 LogistiCare Solutions，具體取決於您居住的郡。

在可能的情況下，您或您的提供者應在醫療約診前至少 3 天致電區域交通服務供應商，並提供您的 Medicaid ID 號碼 (例如 AB12345C)、約診日期與時間、您的目的地和您所看診醫生的姓名。非緊急醫療交通包括：個人車輛、巴士、計程車、小型救護車和公共交通工具。

聯絡電話號碼	郡	交通服務提供者
855-360-3549	Albany 郡	Medical Answering Service – MAS
844-666-6270	Bronx 郡	Medical Answering Service – MAS
855-852-3294	Broome 郡	Medical Answering Service – MAS
866-932-7743	Cayuga 郡	Medical Answering Service – MAS
855-733-9405	Chautauqua 郡	Medical Answering Service – MAS
855-733-9399	Chemung 郡	Medical Answering Service – MAS
855-733-9396	Chenango 郡	Medical Answering Service – MAS
866-753-4435	Clinton 郡	Medical Answering Service – MAS
855-360-3546	Columbia 郡	Medical Answering Service – MAS
845-486-3000	Dutchess 郡	Medical Answering Service – MAS

第二部分 – 您的福利和計劃程序

聯絡電話號碼	郡	交通服務提供者
716-858-8000	Erie 郡	Medical Answering Service – MAS
866-753-4442	Essex 郡	Medical Answering Service – MAS
888-262-3975	Franklin 郡	Medical Answering Service – MAS
855-360-3550	Fulton 郡	Medical Answering Service – MAS
855-733-9404	Genesee 郡	Medical Answering Service – MAS
518-943-3200	Greene 郡	Medical Answering Service – MAS
866-753-4524	Herkimer 郡	Medical Answering Service – MAS
866-558-0757	Jefferson 郡	Medical Answering Service – MAS
844-666-6270	Kings 郡 (Brooklyn)	Medical Answering Service – MAS
800-430-6681	Lewis 郡	Medical Answering Service – MAS
585-243-7300	Livingston 郡	Medical Answering Service – MAS
855-852-3286	Madison 郡	Medical Answering Service – MAS
866-932-7740	Monroe 郡	Medical Answering Service – MAS
866-666-8653	Nassau 郡	LogistiCare Solutions
844-666-6270	New York 郡	Medical Answering Service – MAS
866-753-4430	Niagara 郡	Medical Answering Service – MAS
855-852-3288	Oneida 郡	Medical Answering Service – MAS
855-852-3287	Onondaga 郡	Medical Answering Service – MAS
866-733-9402	Ontario 郡	Medical Answering Service – MAS
855-360-3543	Orange 郡	Medical Answering Service – MAS
866-260-2305	Orleans 郡	Medical Answering Service – MAS
855-733-9395	Oswego 郡	Medical Answering Service – MAS

54 **有疑問嗎？** 致電會員服務部：**1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY)：**711**
(如為精神健康或藥物濫用危機，請按 8)

第二部分 – 您的福利和計劃程序

聯絡電話號碼	郡	交通服務提供者
844-666-6270	Queens 郡	Medical Answering Service – MAS
866-666-8653	Rensselaer 郡	Medical Answering Service – MAS
844-666-6270	Richmond 郡 (Staten Island)	Medical Answering Service – MAS
855-360-3542	Rockland 郡	Medical Answering Service – MAS
855-852-3291	Schenectady 郡	Medical Answering Service – MAS
866-753-4437	Seneca 郡	Medical Answering Service – MAS
866-722-4135	St. Lawrence 郡	Medical Answering Service – MAS
844-678-1103	Suffolk 郡	LogistiCare Solutions
855-733-9398	Tioga 郡	Medical Answering Service – MAS
866-287-0983	Ulster 郡	Medical Answering Service – MAS
866-753-4467	Yates 郡	Medical Answering Service – MAS
855-360-3541	Warren 郡	Medical Answering Service – MAS
855-852-3295	Wayne 郡	Medical Answering Service – MAS
866-883-7865	Westchester 郡	Medical Answering Service – MAS
585-786-8900	Wyoming 郡	Medical Answering Service – MAS

緊急運輸

您獲得緊急交通服務的方式將維持不變。若您出現急症且需要救護車，請撥打 911。

UnitedHealthcare Community Plan 承保的其他服務

發展性殘疾

- 長期治療
- 日間治療
- 住宅服務
- Medicaid Service Coordination (MSC) 計劃
- Medical Model (Care-at-Home) Waiver 服務

其他 Medicaid 服務

- 學齡前及學校服務計劃 (提早介入)
- 啟蒙計劃

不予承保的服務

UnitedHealthcare Community Plan 或 Medicaid 不提供這些服務。如果您獲取任何這些服務，您可能要付款。

- 非醫療必要之整容手術
- 個人及提供安慰的物品
- 除本手冊第二部分所定義之醫療緊急狀況之外，我們不承保計劃服務區域以外所接受的服務
- 由非 UnitedHealthcare Community Plan 提供者提供的服務，除非是本手冊中其他部分所述的允許您找其看診的提供者或 UnitedHealthcare Community Plan 或您的 PCP 將您轉診至其處的提供者
- 您需要提前轉診(批准)，但未獲得轉診的服務

您可能需要支付您的 PCP 未予批准的任何服務之費用。或者，如果在您獲得服務之前，您同意「私人支付」或「自費」，您將需要支付服務費用。這包括：

- 不承保的服務(如上所列)
- 未授權的服務
- 由不屬於 UnitedHealthcare Community Plan 的提供者所提供的服務

備註：此為紐約州衛生署 (New York State Department of Health) 的政策，其規定 Medicaid 接受者在高服務量機構接受乳癌手術服務 — 過去三年期間平均進行過 30 次或以上、與乳癌診斷相關之所有支付者 (all-payer) 乳房切除術和乳房腫塊切除術。下方清單指明的低服務量機構，在提供給 Medicaid 接受者的乳癌手術方面將無法獲得費用給付。本政策不影響機構提供 Medicaid 患者診斷性或切除性切片檢查及術後照護(化療、放射、重建等)的能力。請造訪 https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/quality/surgery/cancer/breast/ 了解 Medicaid 不承保的機構清單。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

如果您收到帳單

UnitedHealthcare 免費提供您全方位健康護理服務。您永遠不必支付您的 PCP 或任何其他 UnitedHealthcare 參與提供者任何金額。對於透過 UnitedHealthcare 所提供的任何核准服務，若您透過 UnitedHealthcare Community Plan 提供者取得，您不必對此支付費用。自 2016 年 7 月 1 日開始，本健康計劃必須進一步確保降低對於所有未成年會員 (0 - 17 歲) 意外釋出機密健康資訊的風險。為了這麼做，本健康計劃將不寄給會員通知 (關於理賠支付拒絕，包括牙科與行為健康的理賠)。

如果您收到您認為不應支付的治療或服務的帳單，請勿置之不理。請立即致電 **1-800-493-4647** 聯絡 UnitedHealthcare Community Plan。UnitedHealthcare Community Plan 可以幫助您瞭解您收到帳單的原因。若您無需付款，UnitedHealthcare Community Plan 將聯絡提供者並幫助您解決此問題。

本健康計劃必須保障未成年人 (0 - 17 歲) 的機密性，因此將不寄送理賠支付拒絕通知給會員。如果您收到健康護理服務的帳單，且您未從本健康計劃接獲通知，您可以聯絡會員服務部，電話 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711** 以尋求協助並確認您要求舉行州公平聽證會的權利 (如果您不同意我們對拒絕支付健康護理服務費用的決議，您有權要求舉行此聽證會)。UnitedHealthcare Community Plan 將持續確保及時回覆您或您的委託人、要求查看您的個案檔案 (個案檔案含有與特定服務要求和資訊相關的資訊，以及 UnitedHealthcare Community Plan 在做出承保決定過程中審核的資訊)。UnitedHealthcare Community Plan 將遵守保密要求，並於法律或規定要求時，在公佈您個案檔案中可能含有之受保護醫療資訊之前取得適當的授權。

如果您認為我們向您收取了 Medicaid 或 UnitedHealthcare Community Plan 應承保的某些費用，您有權要求進行公平聆訊會。請參閱本手冊後文的公平聽證會一節。

如果您有任何疑問，請撥打會員服務部電話 **1-800-493-4647**。

提供給 UnitedHealthcare Community Plan of New York 會員的資訊： 緊急服務和「預期外」的帳單

UnitedHealthcare Community Plan (UHCCP) 免費提供您全方位健康照護服務。您永遠不需要向 PCP 或任何其他 UHCCP 提供者支付我們核准之服務的費用。如果 UHCCP 提供者要求您支付服務費用，請告訴他們您由 UnitedHealthcare Community Plan 承保。向他們出示您的會員 ID 卡。您也可以撥打 **1-800-493-4647** 聯絡會員服務部請求協助。您不必為自己的承保與核准服務向我們申請理賠。

您可能需要支付 UHCCP 的 Medicaid、Child Health Plus、Managed Long Term Care 或 Medicaid Advantage 計劃未承保服務的費用。除非您在獲得照護之前便已同意此點，否則您無需支付任何此類服務的費用。

您可能會收到所謂的「預期外帳單」。「預期外」帳單須知：

何謂預期外帳單？

這是您因下列情形而收到網外服務提供者的服務帳單：

1. 網外服務提供者在網內醫院或手術中心提供您照護，而且：
 - 當時無法由網內醫師提供服務；或者
 - 網外服務提供者在您不知情的情況下為您提供照護。
2. 網內服務提供者未經您的書面同意，將您送往網外服務提供者處。如果該服務不需要轉介，則只會在某些情況下發生預期外帳單。以下提供兩個範例：在您的診間就診期間，網內醫師找來網外服務提供者。或者醫師未經您的書面同意，將您的血液檢測送往網外實驗室進行。

預期外帳單不代表當您選擇向網外服務提供者求診時的服務帳單。

何謂網外服務提供者？

網外服務提供者是指不屬於 UHCCP 網絡的醫師、提供者或機構。

若我未經核准而使用網外服務提供者時會如何？

除少數情況外，不提供網外福利。有關您可前往網外服務提供者處就診的時間，請參閱您的會員手冊。機構必須告訴您是否將有網外服務提供者參與您的照護。若您未獲告知，您將無需負責付款。預期外帳單不代表當您同意向網外服務提供者求診時的服務帳單。請務必閱讀您接受照護的任何協議或網外服務提供者的帳單。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

如果我前往網絡醫院，所有提供者是否都會屬於網絡內？

有可能。某些專科醫師（如急診室 (ER) 醫師或放射科醫師）可能不在您的網絡中。如果您在網內醫院接受 X 光檢查，負責判讀的醫師可能不在網絡內。您不必支付這些服務的費用。我們將與這些提供者處理付款事宜。如果您收到帳單，請撥打您會員 ID 卡背面的電話聯絡會員服務部。

我如何確保接受網內服務提供者的照護？

詢問您接受的所有服務是否均來自網內服務提供者。若否，請詢問我們是否已核准該服務。確認任何新的提供者是否屬於 UHCCP 網絡。

尋找網內服務提供者：

- 登入 <http://www.uhc.com/find-a-physician>
- 選擇尋找醫師或機構；或
- 請撥打您計劃 ID 卡上的電話號碼聯絡我們。我們將樂於協助您。

如果我發生緊急事件呢？

前往最近的急診室尋求照護。

我需要為緊急事件和預期外帳單支付多少費用？

您不需要支付預期外帳單。您不需要支付急診服務費用。

如果我收到預期外帳單或急診服務帳單，該如何處理？

如果您收到預期外帳單或急診服務帳單，請勿支付。請致電您計劃 ID 卡上的電話號碼。

如果提供者不同意支付的金額呢？

提供者必須和我們一起協調處理帳單。他們可能會要求審查。這會由紐約獨立爭議處理單位 (IDR) 負責。醫師可能要求您填寫 IDR 的權益轉讓 (AOB) 表。此 IDR 程序的 AOB 表或任何其他表格均不適用於 Child Health Plus (CHP) 或 Medicaid。在這些情形下，健保計劃將會與提供者協調處理。

何謂獨立爭議解決流程？

紐約州會挑選獨立爭議處理單位 (IDRE) 來審查爭議索賠。IDRE 會從提供者和 UHCCP 取得資訊。IDRE 將確定服務費用。IDRE 將接受我們的付款或提供者的收費。健康計劃可能必須支付某些費用。但您無需支付任何費用。

如果您有問題，請撥打您計劃 ID 卡上的會員聯絡電話。

服務授權

預先授權

部分治療和服務要求您在接受之前或繼續接受時獲得批准。這稱為預先授權。您或您信賴的人士可以請求預先授權。以下治療與服務必須在獲得之前得到批准：

- 使用住院機構 (例如：醫院，婦產科醫院和提供住院物質濫用疾患服務的醫院除外)
- 家庭健康護理服務
- 個人照護服務
- 某些超過 \$500 的耐用醫療設備 (DME)
- 所有電動輪椅 (無論費用)
- 局部氧療請求
- 超過 \$500 的義肢與矯正裝置
- 美容與重建手術
- 胃繞道評估與手術
- 進階的放射科服務，包括 MRI、MRA 與 PET 掃描
- 意外事故的牙科服務
- 實驗性或研究性健康護理服務
- 網外或州外服務
- 請求使用非參與計劃的提供者
- 移植評估及登記
- 勃起障礙治療、藥物治療、器械及／或手術 (不包括口服藥物)
- 醫療注射劑，包括 IVIG、Botox、Acthar HP 和 Makena
- 門診形式的私人值班照護
- 針對年齡超過 6 歲會員的睡眠研究 (住院及／或門診)
- 跨性別荷爾蒙療法
- 性別重置手術
- 性別重置手術後過渡治療

第二部分 – 您的福利和計劃程序

請求批准一項治療或服務稱為服務授權請求。欲獲得這些治療或服務的批准，您的醫師或健康照護者須致電 1-866-604-3267 聯絡 UnitedHealthcare 的預先授權部門 (Prior Authorization Department)，或是請您的醫師或健康照護者提供者發出請求函，或將其傳真至 1-866-950-4490。醫師或健康照護者的書面請求可發送至：

UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 1037
New York, NY 10268-1037

如果您正在接受其中一項服務，但需要繼續接受該護理或獲得更多護理，您也需要獲得預先授權。這包括您在住院或剛剛出院後，請求提供的家庭健康護理服務。這稱為並行伴隨審查。

我們收到您的服務授權請求後會如何處理

健康計劃中有一個審核團隊，可以確保您或許我們承諾的服務。我們會檢查您申請的服務依您的健康護理可獲得承保。醫師與護理師屬於審核團隊。他們的工作是確保您要求的治療或服務具有醫療必要性且適合您。他們根據醫療上可接受的標準核驗您的治療計劃，以此開展工作。

我們可能決定拒絕服務授權，或批准低於要求的量。這些決定將由合格的健康照護者作出。如果我們決定所請求的服務不具有醫療必要性，則將由臨床同儕審查員作出決定，該審查員可能是醫師，或是通常提供您要求之護理的健康照護者。您可以要求我們提供我們在做出醫療必要性相關決定時依據的特定醫療標準，稱為臨床審核標準。

收到您的請求後，我們會以標準或是快捷流程進行審核。如果確信延遲會對您的健康產生嚴重危害，您或您的醫師可以要求採用快捷審核。如果我們拒絕了您的快捷審核請求，我們會通知您，且您的案例將按照標準審核程序處理。

如有以下情況，我們將採取快捷審核：

- 延誤會嚴重危害您的健康、生命或機能
- 您的提供者表示審核必須加快
- 您要求比您目前取得的更多的服務

在所有情況下，我們都會配合您的醫療狀況盡快審核您的請求，所需時間不會遲於下列時間。我們會以電話和書面方式向您和您的提供者告知該請求獲得批准或是遭駁回。我們也會告知您作出相應決定的理由。我們將說明，如果您不同意我們的決定，您有哪些上訴或公平聽證會選擇。(也請參閱本手冊後文的計劃上訴和公平聽證會章節。)

預先授權請求的時間安排：

- 標準審查：我們會在蒐集所有所需資訊後的 3 個工作天內針對您的請求作出決定，但您將在我們收到您的請求後 14 天內得到我們的答覆。若我們需要更多資訊，將在第 14 天前告知您。
- 快捷審查：我們將作出決定，您將在 72 小時內收到我們的答覆。若我們需要更多資訊，將在 72 小時內告知您。

並行審核請求的時間安排：

- 標準審查：我們會在蒐集所有所需資訊後的 1 個工作天內作出決定，但您將在我們收到您的請求後 14 天內得到我們的答覆。若我們需要更多資訊，將在第 14 天前告知您。
- 快捷審查：當我們獲得所需的所有資訊後，我們將在 1 個工作天內作出決定。您得到我們答覆的時間不會晚於我們收到您請求的 72 小時後。如果您需要更多資訊，我們將在 1 個工作天之內告知您。

其他請求的特殊時間安排：

- 如果您正在住院或剛剛出院，並且您在週五或假期的前一天請求獲得家庭照護，在獲得所需的所有資訊後，我們將在收到您請求的 72 小時內作出決定。
- 如果您正在接受住院物質濫用疾患治療，並且您在出院的至少 24 小時前請求提供更多服務，我們將在收到您請求的 24 小時內作出決定。
- 如果您請求可能與法院出庭相關的精神健康或物質濫用疾患服務，我們將在您提出請求的 72 小時內作出決定。
- 如果您要求門診醫師處方用藥，我們將在您提出請求的 24 小時內做出決定。
- 階段療法規範代表我們要求您必須先嘗試另一種藥物，之後我們才會批准您要求的藥物。如果您要求豁免階段療法規範的批准，針對門診處方藥物我們將在 24 小時內做出決定。如為其他藥物，我們將在您提出請求的 14 天內做出決定。

如果我們需要更多資訊才能針對您的服務請求作出標準或快捷決定，我們將：

- 致函告知您我們需要什麼資訊。如果您的請求正處於快捷審核期間，我們將立即致電您，並隨後向您發送書面通知。
- 告知您延遲符合您最佳利益的原因。
- 在不晚於我們要求更多資訊當天的 14 天後作出決定。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

您、您的提供者或您信任的人士亦可要求我們用更多時間作出決定。這可能是因為您需要向本計劃提交更多資訊，以幫助我們為您的案例作出決定。您可致電 **1-800-493-4647**，或發送傳真至 1-800-771-7507 要求我們這麼做。醫師或健康照護者的書面請求可發送至：

UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 1037
New York, NY 10268-1037

如果您不同意我們需更多時間來審核您的請求的決定，您或您的代表可向本計劃投訴。您或您信任的人士也可以致電 1-800-206-8125，向紐約州衛生署提出關於審核時間的投訴。

我們將在審核時間到期前通知您。但如果出於某些原因，您在該日期前沒有收到我們的答覆，則可視為我們拒絕您的服務授權請求。如果我們未及時回應對於豁免階段療法規範的請求，您的請求將獲批准。

如果您覺得我們對於拒絕您服務授權請求的決定有誤，您有權向我們提出計劃上訴。請參閱本手冊後文之計劃上訴一節。

關於您的護理的其他決定

有時候，我們會對您正接受的護理進行並行伴隨審查，以確認您是否仍需要該類護理。我們也可能會審查您已接受的其他治療與服務。這稱為回顧性審查。若我們做出這些決定，我們將會告知您。

關於您護理的其他決定的時程：

- 在大多數情況下，如果我們決定減少、暫停或終止我們已批准且您正在接受的某項服務，我們必須在更換服務的至少 10 天前通知您。
- 我們必須在我們做出任何長期服務及支援決議前 10 天告知您，此類服務諸如居家健康照護、個人照護、CDPAS、成人日間健康照護，以及永久療養院照護。
- 若我們正檢查過去提供的照護，我們會在收到回顧性審核之所有必要資訊的 30 天內做出付款的決議。如果我們拒絕對某些服務付款，我們將在拒絕付款的當天向您和您的提供者發送一份通知。這些通知並非帳單。若您接受了由本計劃或 Medicaid 承保的護理，則您不必支付任何費用，即使我們之後拒絕向提供者付費。

我們的服務提供者如何收到費用

您有權詢問我們，是否與我們的醫師存有任何可能影響您使用健康護理服務的特殊財務安排。如果您有任何具體問題，您可以撥打會員服務部電話 **1-800-493-4647**。我們還希望您知道，我們的大多數提供者透過以下一種或多種方式接受付費。

- 如果我們的 PCP 在診所或健康中心工作，他們很有可能領取薪水。他們看診的患者數量不會對此產生影響。
- 我們在其各自辦公室工作的 PCP 每擔任一位患者的 PCP，都可以每月獲得一份固定收益。無論患者需要一次還是多次就診，甚至無需就診，費用均保持不變。這稱為按人計費。
- 有些時候，提供者會向其患者清單上的每一位患者收取一份固定收益，但出於獎勵基金目的，我們會扣留一部分資金（可能是 10%）。年末時，這部分資金將用於獎勵達到標準的 PCP，作為本計劃規定的額外報酬。
- 提供者也可能依照按服務收費方式獲得付款。這表示他們因提供的各項服務獲得與計劃商定的酬金。

您可協助改善計劃政策

我們重視您的想法。您可以幫助我們制定為會員提供最佳服務的政策。如果您有任何想法，請告知我們。您可能希望與我們的會員諮詢董事會或委員會的某位成員合作。請撥打會員服務部電話 **1-800-493-4647**，瞭解我們可以如何幫助您。

會員服務資訊

撥打會員服務部電話 **1-800-493-4647**，您可以得知以下資訊。

- 包含 UnitedHealthcare Community Plan 的董事會成員、高級職員、控股方、所有者和合作夥伴之姓名、地址和職稱的清單
- 最新的財務報表／資產負債表、收入與支出摘要的副本
- 最新版個人直接付款投保人合約之副本
- 金融服務部提供的關於消費者投訴 UnitedHealthcare Community Plan 的相關資訊
- 如何保密您的醫療記錄和會員資料
- 我們將以書面方式告知您 UnitedHealthcare Community Plan 如何檢查會員所獲護理的品質

第二部分 – 您的福利和計劃程序

- 我們將告知您我們的健康服務提供者與哪些醫院合作
- 如果您以書面詢問，我們將告知您我們用於審核 UnitedHealthcare Community Plan 承保病況或疾病的指引
- 如果您以書面形式詢問我們，我們將告知您健康照護者如何申請成為 UnitedHealthcare Community Plan 的成員以及所需資格
- 如果您詢問，我們將會告知：1) 我們的合約與子合約是否包括會影響轉診服務使用的醫師獎勵計劃，以及，如果是這樣，2) 所使用獎勵制度類型的資訊；以及 3) 是否為醫師與醫師團體提供止損保護
- 本公司的組織及運作方式的相關資訊

請將所有書面請求發送至：

Member Services Department
UnitedHealthcare Community Plan
P.O. Box 1037
New York, NY 10268-1037

隨時向我們提供資訊

您的生活出現以下變化時，請致電會員服務部 **1-800-493-4647**：

- 您的姓名、地址或電話號碼有變動
- 您的 Medicaid 資格發生變化
- 您已懷孕
- 您生了孩子
- 您或您孩子的保險有變動

如果您的地址、電話號碼改變，或您已搬離紐約州，您必須將這些變化告知您當地的社會服務部或紐約市人力資源管理部。您可能需要到訪當地 DSS 或 NYC HRA 辦公室，提交新地址的證據。Medicaid 會維護您的人口統計資訊，您必須立即報告這些變化，以確保您可以收到福利及／或續約申請表等重要資料。

如果您不再獲得 Medicaid，請與您當地的社會服務部核實。您或許可以加入其他計劃。

退保與轉換

1. 福利結束時或您希望退出本計劃時

您仍可試用完 90 天。在此期間，您可以隨時退出 UnitedHealthcare Community Plan，並加入另一健康計劃。然而，若您沒有在最初 90 天內退出，則您必須再保持 UnitedHealthcare Community Plan 會籍九個月，除非您有正當原因（正當理由）從我們的計劃退保。

正當理由的部分示例包括：

- 我們的健康計劃不符合紐約州要求，且會員因此受到傷害
- 您已搬離我們的服務區
- 您本人、本計劃和 LDSS 均同意退出本計劃是您的最佳選擇
- 您已經或即將被免除或排除 Managed Care 資格
- 我們不提供您所在區域另一項健康計劃所提供之 Medicaid Managed Care 服務
- 您需要一項與我們選擇不給付的福利相關之服務，單獨取得此項服務可能危害您的健康
- 我們無法按照與本州訂立合約之要求為您提供服務
- 您是一名已經加入 LDSS 看護計劃的兒童，您需要轉換至新的計劃，以便讓合適的服務提供者為您服務
- 我們未與您目前或即將入住的療養院訂立合約，您需要轉換至另外一個符合要求的計劃

更改計劃

如果您居住在 Broome、Chautauqua、Herkimer、Niagara、Oneida、Rensselaer、Seneca 或 Wyoming 郡，請致電您當地的社會服務部管理式護理員工。告知他們您希望轉換至另一個 Medicaid 管理式照護計劃，他們將向您發送所需的轉換申請表格。填寫表格，並以電子郵件方式或帶至當地社會服務部辦公室。您將收到一份通知，指出變更將在某一特定日期生效。我們將在此日期前為您提供所需的護理。當地社會服務部的電話號碼在本手冊的封頁中有列出。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

如果您住在紐約市、Albany、Cayuga、Chemung、Chenango、Clinton、Columbia、Dutchess、Erie、Essex、Fulton、Genesee、Greene、Jefferson、Lewis、Livingston、Madison、Monroe、Nassau、Onondaga、Ontario、Orange、Oswego、Rockland、St. Lawrence、Suffolk、Tioga、Ulster、Warren、Wayne，或 Westchester 郡，請撥打 New York Medicaid Choice 電話 1-800-505-5678，以更換健康計劃或退保。New York Medicaid-Choice 顧問可以幫助您更換健康計劃。

您也許可以透過電話轉至另一計劃。如果您必須參與 Managed Care，您必須選擇其他健康計劃。

處理時間介於 2 至 6 週，具體取決於何時收到您的請求。您將收到一份通知，指出變更將在某一特定日期生效。UnitedHealthcare Community Plan 將在處理完成之前為您提供所需的護理。

如果您認為常規流程的時間將會增加對您健康的傷害，您可以要求採取更快的處理行動。如果您因不同意投保而進行了投訴，您也可以要求更快的行動。只需致電您當地的社會服務部或 New York Medicaid Choice。

2. 您可能失去 Medicaid Managed Care 資格

在從兒科過渡至成人護理期間，若您或孩子有下列狀況，您或您的孩子可能必須退出 UnitedHealthcare Community Plan：

- 搬離該郡或服務區
- 更換為另一個管理式照護計劃
- 因工作而加入 HMO 或其他保險計劃
- 入獄
- 因其他原因失去資格

您的孩子可能需要退出 UnitedHealthcare Community Plan 或 *更換計劃，前提是他或她：

- 加入 Physically Handicapped Children Program；或
- 被與當地社會服務部簽訂合約提供此項服務的機構安置為寄養護理，包括紐約的所有寄養護理兒童，或
- *被當地社會服務部安置到不在您孩子當前計劃承保區域內的寄養照護。

如果您必須退出 UnitedHealthcare Community Plan 或失去 Medicaid 資格，您所有的服務都可能意外停止，包括所有在家中接受的護理。如果發生此種情況，請立即致電 **1-800-505-5678** 聯絡 New York Medicaid Choice。

3. 我們可以要求您退出 UnitedHealthcare Community Plan

您也會失去 UnitedHealthcare Community Plan 會員資格，如果您經常：

- 在您的護理方面拒絕與您的 PCP 合作；
- 不按約赴診；
- 去急診室進行非急症護理；
- 不遵守 UnitedHealthcare Community Plan 的規定；
- 不如實填寫表格或不提供真實資訊(詐騙)；
- 虐待或傷害計劃的會員、服務提供者或員工；或
- 即使我們嘗試解決問題後，您的行為仍使我們無法盡最大努力幫助您和其他會員。

計劃上訴

部分治療和服務要求您在接受之前或繼續接受時獲得批准。這稱為**預先授權**。請求批准一項治療或服務稱為**服務授權請求**。此流程之前已在本手冊中予以介紹。拒絕服務授權請求或批准的數量少於所申請數量的決定通知稱為**最初不利判定**。

如果您對我們關於您護理的決定不滿意，您可以採取以下行動。

您的提供者可以要求重新審議

如果我們決定您的服務授權請求不具有醫療必要性或為實驗性或研究性；且我們未與您的醫師就其進行討論，您的醫師可要求以本計劃的醫療主管談話。醫療主管將在 1 個工作天內與您的醫師談話。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

您可提出計劃上訴

如果您認為我們對您的服務授權請求的決定有誤，您可要求我們再次檢視您的案件。這稱為計劃上訴。

- 從最初不利判定後您有 60 個日曆天可要求計劃上訴
- 如果您在提出計劃上訴或遵循上訴流程步驟方面需要幫助，您可以撥打會員服務部電話 **1-800-493-4647**。若您有任何特殊需求，例如聽力或視力障礙，或如果您需要翻譯服務，我們可幫助您。
- 您可自行提出計劃上訴，或讓他人（例如家人、朋友、醫師或律師）為您提出。您和該人士將必須簽署聲明和註明日期，表示您希望該人士代表您。

補助會在對護理決定進行上訴期間繼續提供：

如果我們決定減少、暫停或停止您目前正在接受的服務，您在等候計劃上訴獲得判定的期間，可能可以持續接受該服務。您必須依以下時間規定提出計劃上訴：

- 獲告知您的護理發生變化的 10 天內；或
- 在服務變更預定生效日當天，以較晚發生者為準。如果您的計劃上訴結果仍是拒絕，您可能需要支付您所接受的任何後續福利服務費用。

您可以打電話或寫信提出計劃上訴

您將需在提出計劃上訴時或在提出計劃上訴後盡快向我們提供：

- 您的姓名與地址
- 投保人編號
- 您要求的服務和上訴理由
- 您希望我們審查的任何資訊，如病歷、醫師信函，或可以說明為何您需要該服務的其他資訊
- 我們在最初不利判定通知中表示我們需要的任何特定資訊
- 為了協助您對計劃上訴做準備，您可要求查看我們在作最初不利判定時所使用的指引、病歷及其他文件

如果您的計劃上訴採快捷方式，則您提供您想讓我們審查的資訊的期限可能較短。您可撥打 **1-800-493-4647** 要求查看這些文件或要求取得免費副本。請透過電話或郵件向我們提供您的資訊和材料：

電話號碼 **1-800-493-4647**
郵購 Member Complaints, Grievances and Appeals
 UnitedHealthcare Community Plan of New York
 P.O. Box 31364
 Salt Lake City, UT 84131-0364

如果您透過電話提出計劃上訴，除非採快捷方式，否則您也必須以書面方式寄送您的計劃上訴給我們。

如果您要求網絡外服務或提供者：

如果我們表示您要求的服務與參與計劃的提供者可提供的服務並非差異很大，您可要求我們檢查該服務是否對您屬於醫療上必要。您將需要請您的醫師將該資訊連同您的計劃上訴寄出：

1. 來自您醫師的書面聲明，指出該項網絡外服務與參與計劃提供者可提供的服務差異很大。您的醫師必須是專業認證或專業合格的專科醫師，可以治療與您有同樣服務要求的人士。
2. 兩份醫療或科學文件，證明與參與計劃的提供者可提供的服務相比，您要求的服務對您更有幫助，且不會對您造成更多傷害。如果您的醫師未寄出這些資訊，我們仍將審核您的計劃上訴。只是，您可能不會符合外部上訴之資格。請參閱本手冊後文之外部上訴一節。

如果您覺得參與我們計劃的提供者沒有適當的訓練或經驗來提供某服務，您可要求我們檢查將您轉介至網絡外提供者是否為醫療上必要。您將需要請您的醫師將該資訊連同您的上訴寄出：

1. 一份書面聲明，指出參與我們計劃的提供者沒有適當的訓練與經驗，無法滿足您的需求，以及
2. 推薦一位有適當訓練與經驗而能提供該項服務的網絡外提供者。

您的醫師必須是專業認證或專業合格的專科醫師，可以治療與您有同樣服務要求的人士。如果您的醫師未寄出這些資訊，我們仍將審核您的計劃上訴。只是，您可能不會符合外部上訴之資格。請參閱本手冊後文之外部上訴一節。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

我們收到您的計劃上訴之後會如何處理

- 我們將在 15 天內向您發函，告知您我們正在處理您的計劃上訴
- 我們將寄送您病歷的免費副本和我們將用於做出上訴決定的任何其他資訊。
如果您的計劃上訴採快捷方式，則審查該資訊的期限可能較短
- 您亦可親自或以書面形式提供作出決定時可供參考的資訊。
如果您不確定向我們提供哪些資訊，請撥打 UnitedHealthcare Community Plan 電話 **1-800-493-4647**
- 臨床問題的計劃上訴將由未曾作出最初決定的合格健康照護專業人士作出決定，至少其中一位將會是臨床同儕審核員
- 非臨床決定將由職位高於作出初審決定人員的人士作出
- 我們將告知您我們所作決定的理由與臨床理據 (如適用)

拒絕您請求或批准的數量少於所申請數量的計劃上訴決定通知，稱為最終不利判定。

- 如果您認為我們的最終不利判定有誤：
 - 您可要求舉行公平聽證會。請參閱本手冊的公平聽證會一節
 - 對於某些決定，您或許能提出外部上訴。請參閱本手冊的外部上訴一節
 - 請向紐約州衛生署提出投訴，電話為 1-800-206-8125

計劃上訴的時間安排：

- 標準計劃上訴：若我們有全部所需資訊，我們會在您提出計劃上訴的三十個日曆天內告知您我們的決定。書面決定通知將在作出決定後 2 個工作天內發送給您。
- 快捷計劃上訴：若我們有全部所需資訊，快捷計劃上訴決定會在您提出計劃上訴的 2 個工作天內做成，但離您提出計劃上訴後不超過 72 小時。
 - 若我們需要更多資訊，我們將在 72 小時之內告知您
 - 如果您的請求在您至少在出院 24 小時前要求提供更多物質濫用疾患的住院治療時被拒絕，我們將在 24 小時內對您的上訴作出決定
 - 我們將以電話告知您我們的決定，並隨後發出書面通知

您的計劃上訴將按照快捷審核程序審核，前提是：

- 如果您或您的醫師要求以快捷流程來審核您的計劃上訴。您的醫師必須解釋延遲會如何損害您的健康。若您要求快捷審核遭駁回，我們會告訴您，而您的計劃上訴會以標準流程審核；或
- 如果您的請求在您要求繼續獲得正在接受的護理或需要擴展已提供服務時被拒絕；或
- 如果您的請求在您要求住院後提供家庭健康護理時被拒絕；或
- 如果您的請求在您出院 24 小時前要求提供更多物質濫用疾患的住院治療時被拒絕。

如果我們需要更多資訊才能對您的計劃上訴作出標準或快捷決定，我們將：

- 致函告知您我們需要什麼資訊。如果您的請求正處於快捷審核期間，我們將立即致電您，並隨後向您發送書面通知。
- 告知您延遲符合您最佳利益的原因。
- 在不晚於我們要求更多資訊當天的 14 天後作出決定。

您或您的代表也可能要求我們花更多時間做出決定。這可能是因為您需要向本計劃提交更多資訊，以幫助我們為您的案例作出決定。您可撥打免費電話 **1-800-493-4647** 或以書面形式辦妥此事。請將書面請求發送至：

UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

如果您不同意我們需更多時間來審核您的計劃上訴的決定，您或您的代表可向本計劃投訴。您或您信任的人士可以撥打會員服務部電話 **1-800-493-4647** (如果您有聽力問題，請撥打聽語障專線中繼服務電話 **711**) 或致電 1-800-206-8125 聯絡紐約州衛生署，向健康計劃提出此投訴。

如果您未收到針對您計劃上訴的回應，或我們未及時 (包括延期) 做決定，您可要求舉行公平聽證會。請參閱本手冊的公平聽證會一節。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

如果我們未及時對您的計劃上訴做決定，且我們表示您所要求的服務為：

1. 不具醫療必要性；
2. 屬於實驗或研究性質；
3. 與您可透過本計劃網絡所取得的護理沒有不同；
4. 擁有適當訓練與經驗的參與計劃提供者可提供，足以滿足您的要求；

原本的駁回會被取消。這表示您的服務授權請求已獲批准。

補助會在對照護決定進行上訴期間繼續提供

如果我們決定減少、暫停或停止您目前正在接受的服務，您在等候計劃上訴獲得判定的期間，可能可以持續接受該服務。您必須依以下時間規定提出計劃上訴：

- 獲告知您的請求被拒絕或護理發生變化的 10 天內；或
- 在服務變更預定生效日當天，以較晚發生者為準。

如果您的計劃上訴又再度遭拒絕，可要求舉行公平聽證會。請參閱本手冊後文的公平聽證會一節。如果您的計劃上訴和公平聽證會敗訴，您可能需要支付您所接受的任何後續福利費用。

外部上訴

如果我們表示您請求的服務有以下情況，則您有其他上訴權利：

- 不具醫療必要性；或
- 屬於實驗或研究性質；或
- 與我們網絡內提供的服務沒有不同；或
- 可由擁有適當訓練與經驗的計劃提供者提供，足以滿足您的要求。

對於這些類型的決定，您可以向紐約州提出獨立的外部上訴。這稱為外部上訴，原因是此上訴由不為健康計劃或紐約州工作的審核員決定。這些審核員是紐約州認可的合格人士。該服務必須屬於本計劃的福利包，或是一項試驗性治療、臨床試驗或罕見疾病的治療。您無需為外部上訴付款。

在您提出外部上訴之前：

- 您必須向本計劃提出計劃上訴，並獲得本計劃的最終不利判定；或
- 如果您未獲得該服務，並向本計劃提出快捷計劃上訴，您或可同時提出加急外部上訴。您的醫師必須明確指出加急外部上訴確屬必要；或
- 您和本計劃可能同意跳過本計劃的上訴流程，直接啟用外部上訴；或
- 您可以證明本計劃在處理您的計劃上訴時未正確遵守規則。

收到本計劃的最後不利決定後，您有 4 個月的時間可以提出外部上訴。如果您與本計劃曾同意跳過本計劃的上訴程序，則您必須在簽訂該協議後的 4 個月內提出外部上訴。

欲提出外部上訴，請填寫申請表並將其發給金融服務部。如果您需要關於提出上訴的幫助，您可以撥打會員服務部電話 **1-800-493-4647**。您與您的醫師將需要提供關於您的醫療問題的資訊。外部上訴申請表會有需要什麼資訊的內容。

以下是獲得申請表的一些途徑：

- 撥打財務服務部電話 1-800-400-8882
- 造訪財務服務部網站，網址：www.dfs.ny.gov
- 聯絡健康計劃，電話是 **1-800-493-4647**

您的外部上訴將在 30 天作出決定。如果外部上訴審核員要求提供更多資訊，可能會需要更多時間（最多 5 個工作天）。決定作出後，您和本計劃將在 2 天內得知最終決定。

您可以得到更快的決定，前提是：

- 您的醫師指出延遲會對您的健康造成嚴重傷害；或
- 您在急診室就診後住院，但醫院護理被本計劃拒絕。

這稱為加急外部上訴。外部上訴審核員將在 72 小時或更短時間內對加急上訴作出決定。

如果您在您出院的至少 24 小時前要求提供更多物質濫用疾患的住院治療，我們將繼續支付您的住院費用，前提是：

- 您在 24 小時內要求快捷計劃上訴，並且
- 您同時提出快捷外部上訴。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

本計劃將繼續支付您的住院費用，直至對上訴作出決定。您的計劃將在 24 小時內作出關於您快捷內部上訴的決定。快捷外部上訴決定將在 72 小時內作出。

外部上訴審核員將透過電話或傳真將決定立即告知您和本計劃。之後，我們將致函告訴您本決定。

如果您提出計劃上訴，且您收到拒絕、減少或停止您服務的最終不利裁定，您可要求舉行公平聽證會。您可以要求舉行公平聽證會，並提出外部上訴。如果您同時要求舉行公平聽證會與外部上訴請求，將以公平聽證會官員的決定為準。

公平聽證會

在某些情況下，您可以向紐約州要求舉行公平聽證會。

- 您對您當地的社會服務部或州衛生署關於您繼續參與或退出 UnitedHealthcare Community Plan 的決定不滿意。
- 您對我們限制您服務的決定不滿意。您認為該決定限制了您的 Medicaid 福利。自限制意圖通知的日期起，您有 60 個日曆天的時間可要求舉行公平聽證會。如果您在限制意圖通知的 10 天內或在限制的有效日期前（以較晚者為準）要求舉行公平聽證會，您可在公平聽證會決定之前持續取得您的服務。但是，如果您的公平聽證會敗訴，您可能必須支付您在等候決定期間所接受服務的費用。
- 您對您的醫師不安排您想要的服務之決定不滿意。您認為醫師的決定停止或限制了您的 Medicaid 福利。您必須向 UnitedHealthcare Community Plan 提出投訴。若 UnitedHealthcare Community Plan 與您的醫師達成協議，您可要求計劃上訴。如果您收到最終不利裁定，從最終不利裁定日期起，您將有 120 個日曆天可要求舉行州公平聽證會。
- 您不滿我們對您的護理做出的決定。您認為該決定限制了您的 Medicaid 福利。您不滿我們決定：
 - 減少、暫停或停止您之前一直接接受的護理；或
 - 拒絕您想要的護理；
 - 拒絕支付您所接受護理的費用；或
 - 不讓您對共付額金額、其他您積欠的金額或您因您的健康護理而支付的費用表示異議。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

您必須先提出計劃上訴並收到最終不利裁定。從最終不利裁定日期起，您將有 120 個日曆天可要求舉行公平聽證會。

如果您提出計劃上訴，且收到降低、暫停或停止您現在正接受的護理的最終不利裁定，在您等候公平聽證會裁定之前，您可持續接受您醫師囑咐的服務。您必須在最終不利裁定日期 10 天內或該行動生效之時（以較晚者為準），要求舉行公平聽證會。但是，如果您選擇要求繼續提供服務，但您的公平聽證會敗訴，則您可能必須支付您在等待決定期間所接受服務的費用。

- 您提出計劃上訴，且可供我們對您計劃上訴做決定的時間（包括任何延期）已過。如果您未收到針對您計劃上訴的回應，或我們未及時做決定，您可要求舉行公平聽證會。

公平聽證會得出的決定為最終決定。

您可利用下列方式請求公平聽證會：

1. 電話方式，請撥打免費電話 1-800-342-3334
2. 傳真方式，請傳真至 518-473-6735
3. 網路方式：www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp
4. 郵件方式：
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings, Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, NY 12201-2023

若您針對 UnitedHealthcare Community Plan 做出的決議要求公平聽證會，我們必須寄給您一份存證信函副本。這是我們對您的護理作出決定時使用的資訊。本計劃將向聽證會官員提供此資訊，以說明我們的行動。如果沒有充足的時間將其郵寄給您，我們將攜帶證據包副本至聽證會會，供您查看。如果您在聽證會之前的當週沒有收到證據包，您可以致電 **1-800-493-4647** 索取。

本健康計劃必須保障未成年人（0 - 17 歲）的機密性，因此將不寄送理賠支付拒絕通知給會員。

自 2016 年 7 月 1 日開始，本健康計劃必須進一步確保降低對於所有未成年會員（0 - 17 歲）意外釋出機密健康資訊的風險。為了這麼做，本健康計劃將不寄給會員通知（關於理賠支付拒絕，包括牙科與行為健康的理賠）。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

如果您收到健康照護服務的帳單，您可以致電會員服務部**1-800-493-4647**，(聽障專線☎(TTY)☎**711**)，以尋求協助；如果您不同意我們對拒絕支付健康照護服務費用的決議，您有權要求舉行州公平聽證會。UnitedHealthcare Community Plan 將持續確保及時回覆您或您的委託人、要求查看您的個案檔案(個案檔案含有與特定服務要求和資訊相關的資訊，以及 UnitedHealthcare Community Plan 在做出承保決定過程中審核的資訊)。UnitedHealthcare Community Plan 將遵守保密要求，並於法律或規定要求時，在公佈您個案檔案中可能含有之受保護醫療資訊之前取得適當的授權。

請記住，您可以隨時致電 1-800-206-8125 向紐約州衛生署投訴。

投訴流程

投訴

我們希望我們的健康計劃讓您滿意。如果您有難處，請與您的 PCP 交談，或致電或致函會員服務部。大多數問題可立即解決。如果您的護理或服務出現問題或您對其有異議，您可以向本計劃提出投訴。未能透過電話立即解決的問題，以及郵件中的任何投訴，將根據我們的下述程序予以處理。

如果您在提出投訴或遵循投訴流程步驟方面需要幫助，您可以撥打會員服務部電話 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**。若您有任何特殊需求，例如聽力或視力障礙，或如果您需要翻譯服務，我們可幫助您。我們不會因您投訴而讓您為難或採取任何對您不利的行動。

您也有權就您的投訴與紐約州衛生署聯絡，請致電 1-800-206-8125，或致函：

Complaint Unit, Bureau of Consumer Services
OHIP DHPCO 1CP-1609
New York Department of Health
Albany, NY 12237

您也可以隨時就您的投訴聯絡當地的社會服務部。如果您的投訴涉及帳單問題，您可以致電紐約州金融服務部，電話號碼是 1-800-342-3736。

如何向本計劃提出投訴

您可自行提出投訴，或讓他人（例如家人、朋友、醫師或律師）為您提出投訴。您和該人士將必須簽署聲明和註明日期，表示您希望該人士代表您。

若要透過電話提出，請撥打會員服務部免費電話 **1-800-493-4647**，服務時間：週一至週五，上午 8:00 至晚上 6:00。如果我們需要更多資訊才能作出決定，我們將會通知您。

您可以致函我們提出投訴，或致電會員服務部索取投訴表。應郵寄至：

Member Complaints, Grievances and Appeals
UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

後續情形

如果我們無法透過電話或在收到您的書面投訴後立即解決問題，我們將在 15 個工作天內向您發函。此信函將告知您：

- 是誰在處理您的投訴
- 如何聯絡此人
- 我們是否需要更多資訊

您亦可親自或以書面形式提供審查您的投訴時可供參考的資訊。如果您不確定要向我們提供哪些資訊，請致電聯絡本計劃 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**。您的投訴將由一個或多個合格的人員審查。如果您的投訴涉及臨床問題，您的案例將由一位或多位合格的健康護理專業人員審查。

我們審查您的投訴之後

- 我們蒐集所有回覆您投訴的所需資訊後，會在 45 天內告知您我們的決議，而您將在我們收到您的投訴後 60 天內收到我們的回覆。我們將致函告知您決定的理由。
- 若延遲會對您的健康造成威脅，我們將在集齊所有需用以答覆您的投訴之資料後 48 小時內告知您我們的決定，但您將在我們收到您的投訴起 7 天內收到我們的回覆。我們將致電告知您我們的決定或嘗試聯絡並告知您。您將在 3 個工作天內收到一封信件，以追蹤我們的溝通情況。
- 您將了解在您對我們的決定不滿意時如何提出上訴，並且我們將提供您可能需要的所有表格。
- 如果我們因沒有充足的資訊而無法就您的投訴作出決定，我們將發函通知您。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

投訴上訴

如果您不同意我們就您的投訴所作的決定，您或您信賴的人士可以向本計劃提出投訴上訴。

如何提出投訴上訴

- 如果您對我們的決定不滿意，您在收到我們的通知後有至少 60 個工作天可以提出投訴上訴
- 您可親自提出，或要求您信任的人替您提出投訴上訴
- 投訴上訴必須是書面形式。如果您透過電話提出投訴上訴，之後必須提供書面形式。通話結束後，我們將向您發送一份總結電話投訴上訴內容的表格。如果您同意我們的總結，您必須簽署並將此表返回給我們。您可以在將此表發給我們之前進行所有需要的更改。請將所有書面信函發送至：

Member Complaints, Grievances and Appeals
UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

我們收到您的投訴上訴之後會如何處理？

我們收到您的投訴上訴後，會在 15 個工作天內致函通知您。此信函將告知您：

- 是誰在處理您的投訴上訴
- 如何就您的投訴上訴與 UnitedHealthcare 中的人員取得聯絡
- 我們是否需要更多資訊

您的投訴上訴將由職位高於對您的投訴作出初審決定的人員之一位或多位合格人士審查。如果您的投訴上訴涉及臨床問題，您的案例將由一位或多位合格的健康專業人員審核，其中至少一位臨床同儕審核員，該審核員未參與對您的投訴作出初審決定的過程。

如果我們獲得了所有需要的資訊，您將在 30 個工作天內得知我們的決定。如果延遲會危害您的健康，您將在我們集齊作出上訴決定所需的所有資訊後 2 個工作天內得知我們的決定。我們將告知您我們所作決定的理由與臨床理據（如適用）。如果您仍不滿意，您或您的代表可以隨時向紐約州衛生署提出投訴，電話號碼是 1-800-206-8125。

會員的權利與責任

您的權利

身為 UnitedHealthcare Community Plan 的會員，您擁有以下權利：

- 獲取關於 UnitedHealthcare、其服務、其執業人員與提供者以及會員權利與責任的資訊。
- 不論健康狀況、性別、種族、膚色、宗教、國籍、年齡、婚姻狀態或性取向如何，均能獲得具尊重、尊嚴與隱私性的照護。
- 得知何地、何時以及如何從 UnitedHealthcare Community Plan 獲得您需要的服務。
- 您的 PCP 將使用您可以理解的語言告知您什麼是錯的、可以為您做些什麼，以及可能出現的結果。
- 免費從網絡內服務提供者取得關於您照護的第二意見，或如果網絡內服務提供者無法使用，也可從網絡外取得。
- 向您詳細介紹計劃後，同意您接受任何治療或護理計劃。
- 拒絕護理並獲告知這麼做有什麼可能的風險。
- 獲得您的醫療記錄副本，及與您的 PCP 詳談，並在必要時要求更改或修正您的醫療記錄。
- 確保您的醫療記錄得到保密，除非法律、合約要求或經由您批准，否則不與任何人分享。
- 使用 UnitedHealthcare Community Plan 投訴系統解決任何投訴，或者如果您認為沒有獲得公平對待，您可以隨時向紐約州衛生署或當地的社會服務部提出投訴。
- 提出有關保健計劃單位會員權利與責任政策的建議。
- 使用州公平聽證會系統。
- 指派某人（親戚、朋友、律師等）代表您（如果您無法自行說明您的護理與治療）。
- 在乾淨、安全的環境中獲得體貼且受人尊重的護理，不受任何不必要的約束。
- 坦誠討論適合您的病況或醫療上所必需的治療選項，無論費用或福利承保範圍為何。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

您的義務

身為 UnitedHealthcare Community Plan 的會員，您同意：

- 與您的 PCP 合作，保護並改善您的健康狀況。
- 提供該組織及其執業人員和提供者所需的確實且完整的資訊，以利其提供護理。
- 遵循您已向您的執業人員同意的護理計劃和指示。
- 了解您的健康問題，參與制定雙方均認可的治療目標。
- 了解您的健康護理系統如何運作。
- 聽從您的 PCP 的建議，並在有疑慮時提問。
- 在狀況沒有好轉時致電或回訪您的 PCP，或尋求第二意見。
- 尊重健康護理員工，正如您希望獲得尊重一樣。
- 如果您對任何健康護理員工有疑問，請告知我們。致電會員服務。
- 按時就診。如果您必須取消，請盡快致電我們。
- 僅在真正緊急的情況下使用急診室。
- 當您需要醫療照護時（即使是下班後），請致電您的 PCP。

預立指示

您有時可能無法決定自己的健康護理。請提前作好打算，您現在便可安排以執行自己的想法。

第一，讓家人、朋友與您的醫師了解您需要或不需要哪種治療。第二，您可以指定某位您信賴的成人為您作出決定。務必與您的 PCP、您的家人或其他與您親近的人交談，以便他們了解您的需要。第三，您最好能夠以書面形式提出您的想法。下面列出的文件可能會對您有幫助。您無需使用律師，但您可能希望與一名律師就此進行探討。您可以隨時改變想法或更改這些文件。我們可以幫助您理解或獲得這些文件。它們不會改變獲得優質健康護理福利的權利。唯一的目的是讓其他人在您無法表達自己的想法時了解您的需求。

- **健康護理委託書** — 藉由此文件，您可以在無法決定時指定您信賴的另一位成人（通常是朋友或家人）為您作出醫療照護決定。如果您這麼做，您應與該人士交談，以便他們知道您的想法。

- **CPR 與 DNR** — 您有權決定是否需要任何特殊或急症治療，以在呼吸或循環停止時復甦您的心臟或肺部。如果您不想要特殊治療，包括心臟復甦術 (CPR)，您應以書面形式表達您的意願。您的 PCP 將針對您的醫療記錄提供 DNR (不實施心肺復甦術)。您也可以攜帶 DNR 表及／或戴手環，以讓所有緊急醫療提供者了解您的意願。
- **器官捐獻卡** — 此錢包大小的卡片表明您願意在死後捐獻自己的身體部位幫助他人。此外，檢查駕駛證背面，以讓其他人知道您是否願意或打算如何捐獻您的器官。

定義

倡議：這項工作的精神是推動有效的家長／照顧者-專業-系統夥伴關係。在此角色中的倡議不包括法律諮詢或代表。其定義為與家庭合作和代表家庭的建設性、協作式的工作，協助他們取得所需服務和支持，促進其兒童獲得正向結果。

行為健康 (BH)：指的是精神健康和／或 SUD 福利和／或狀況。

行為健康服務 (BH 服務)：本文件表 2 (Medicaid State Plan 和所有未滿 21 歲的 Medicaid Managed Care 族群之示範福利) 中列出的任何或所有服務。

精神健康專業人員 (BHP)：12 具備精神健康或成癮領域之高等學位的人士，且其持有有效、未受限制的執照而可獨立執業，或是有護理領域副學士或以上學歷且有三年的精神健康或成癮狀況之經驗的註冊護理師。依本文件第 3.2 節 (人員) 的定義，BHP 將界定為 NYS 或美國 (U.S.) 的 BHP。若界定為 NY BHP，則該人士必須持有有效的、未受限制的執照，可在 NY 獨立執業或在 NY 當註冊護理師。若界定為 U.S. BHP，則該人士符合有效的、未受限制的執照之執照要求，可在美國任何州獨立執業或當註冊護理師。

照顧者／法定監護人：可為兒童或青少年對於護理／服務作出有法律效力的決定和具有同意權限的一名或多名成人。這可能包括家長、OCFS、LDSS 等。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

社區首選方案 (Community First Choice Option, CFCO):對於因身體、發育或行為障礙而需要日常活動協助的符合資格人士,所提供的強化服務和支持。這些服務和支持透過親手協助、督導和/或提示來協助日常生活的活動、日常生活中有用的活動以及健康相關任務。Medicaid 接受者必須符合 HCBS 情況要求和機構 LOC 標準,以及其他資格標準,方可符合 CFCO 服務資格。CFCO 服務必須根據以人為中心的服務計劃 (Person-Centered Service Plan) 提供。更多資訊提供於 https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/community_first_choice_option.htm。

具認證的酗酒和物質濫用輔導員 (CASAC):依 OASAS 於 14 NYCRR Part 853 中定義的具認證的酗酒和物質濫用輔導員。

認證康復同儕權益維護員 - 家庭:OASAS 認證具有專門「家庭」培訓和指定的同儕支持專家。

認證康復同儕權益維護員 - 青年:OASAS 認證具有專門「青年」培訓和指定的同儕支持專家。

兒童與青少年需求與優勢評估 – 紐約 (CANS-NY):經過驗證的結構式兒童/青少年評估工具,包含多個與兒童/青少年和家庭優勢及需求相關的範疇。此工具用於協助登記 Health Homes 的會員之護理協調。CANS-NY 也將用於判定特定的兒童/青年族群的 HCBS 資格。如需有關資格的更詳細資訊,請參閱附件 A 和 B。

兒童/青少年/青年:未滿 21 歲的人士。

兒童的 Medicaid 重新設計團隊:由 Andrew Cuomo 州長為了重新建構 Medicaid 計劃而籌畫的 MRT 子委員會。參與兒童的 MRT 行動之發展與設計的兒童子委員會。如需更多資訊,請造訪: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/behavioral_health/children/child_mrt.htm。

兒童連續照護事件 (Children's Continuous Episode of Care):門診健康或行為健康治療的一個療程,但門診戒癮和戒斷症狀治療服務除外,在該兒童的擴展福利納入的生效日之前展開,且已在該兒童的擴展福利納入日期前六個月期間,由同一位提供者對未滿 21 歲的投保人就治療相同或相關的健康或行為健康狀況提供至少兩次 NY OMH Serious Emotional Disturbance Waiver (0296.R03.00)、NY Bridges to Health for Children w/Serious Emotional Disturbance Waiver (0469.R01.00)、NY Bridges to Health for Children w/Developmental Disabilities Waiver (0470.R01.00)、NY Bridges to Health for Children who are Medically Fragile (0471.R01.00) 或 NY Care at Home I/II (4125.R04.00) Waivers。

兒童的專科服務：用於處理精神健康、身體健康和／或物質濫用疾患的服務，包括：早期定期篩檢、診斷和治療服務及健康與行為健康；依 18 NYCRR Part 507 定義且由州授權的服務，由指定的治療提供者根據州政府針對未滿 21 歲人士的規則和規範提供；以及兒童的以居家和社區為基礎的服務。

旁系親屬：兒童／青年家庭成員或其他定期與該兒童／青年互動且直接受到其狀況影響或有能力影響其狀況的人士，且在治療計劃中列為在治療中扮演某種角色和／或對於參與兒童／青少年的評估和衡鑑有必要。

複雜創傷 (Complex Trauma)：複雜創傷是一項單一的符合 Health Home 資格的狀況，對於虐待、忽視和不當對待或 Health Home 複雜創傷族群的 HCBS 而言也是 LON 目標條件的部分。複雜創傷的定義是與物質濫用及精神健康服務管理處 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA) 及全國兒童創傷壓力網絡 (National Child Traumatic Stress Network, NCTSN) (www.nctsn.org) 共同制定。複雜創傷的定義如下：

- A. 複雜創傷一詞至少涵蓋：
 - i. 嬰兒／兒童／青少年暴露於多次經常為侵犯性、人際性質的創傷事件 [1] 及 ii) 此暴露的廣泛長期影響。
- B. 創傷性事件的本質：
 - i. 經常是重度且普遍，例如虐待或嚴重疏忽；
 - ii. 通常在生命早期開始；
 - iii. 對兒童發展和自我健康感 (自我調整、管控功能、自我知覺等) 的形成具毀滅性；
 - iv. 經常發生於兒童與照顧者的關係脈絡下；及
 - v. 會干擾兒童產生安全依附感的能力，其被視為健康的社交-情緒功能的前提。
- C. 兒童健康的身體和精神發展有許多層面仰賴此安全依附，此為安全感與穩定性的主要來源。
- D. 廣泛長期的不良效應可能包括以下方面的損害：
 - i. 心理反應與相關的神經發展，
 - ii. 情緒反應，
 - iii. 認知過程，包括思考、學習和專心的能力，
 - iv. 衝動控制和其他自我調節的行為，
 - v. 自我形象，
 - vi. 與他人的關係，以及
 - vii. 解離。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

複雜創傷資訊、工具和表格 (包括複雜創傷暴露、評估和資格判定表格) 可在衛生署的網站找到。

法院判令的服務: 本計劃根據適任司法管轄區法院提供投保人所必需的服務, 但前提是該等判令服務屬於計劃福利組合中, 且可根據聯邦社會安全法案 (Federal Social Security Act) SSL 364-j(4)(r) 第 XIX 條報銷。

危機計劃: 提供者針對兒童 / 青年旨在協助下列情況所使用的工具: 減少或管理危機相關症狀; 促進健康行為; 解決安全性措施; 和 / 或預防或減低危害風險或危險情況的擴散。兒童 / 青年 / 家庭將主動參與此危機計劃的制定。經由家庭同意, 此危機計劃可能向和該兒童 / 青年 / 家庭合作的旁系親屬聯絡人分享, 該人士可能提供危機支持或將來的介入。分享危機計劃有助於促進將來服務提供者注意到並有能力支持兒童 / 青年 / 家庭所制定的策略。

文化能力: 能注意並接受文化差異、注意到個人的文化價值、理解個別差異在協助的流程中如何影響這些參與者、對於個案的文化有基礎知識、了解個案的環境, 以及調整執業技能以符合個人或家庭文化脈絡的能力。

天: 指的是日曆天, 除非另有說明。

示範: 管理式護理中已在 1115 示範下包含的四個 BH 示範服務, 且將擴展至註冊於管理式護理的兒童:

- 門診成癮治療服務,
- 居家成癮治療服務,
- 持有執照的行為健康執業人員, 及
- 危機介入。

衛生署 (Department of Health, DOH): http://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/

發展性殘疾: 依 OPWDD 定義之具有 DD 的兒童, 且: 可歸因於智能障礙、腦性麻痺、癲癇、神經受損、家族性自主神經障礙或自閉症; 可歸因於被發現與智能障礙密切相關的任何其他狀況, 理由是該等狀況導致類似於智能障礙人士的一般智能功能或適應性的行為之受損, 或需要類似於該等兒童所需的治療及服務; 可歸因於上述殘疾導致的閱讀障礙; 在兒童滿 22 歲之前發生; 已持續或可預期無限期持續; 且對於該兒童在社會上正常功能的能力構成實質阻礙。

發展里程碑:通常會在整個兒童期間評估的橫跨生命週期的指標。里程碑包括身體、情緒、認知、社交和溝通技能。

早期和定期篩檢、診斷和治療 (EPSDT):提供全面與預防性的健康護理服務給投保 Medicaid 的未滿 21 歲兒童。EPSDT 對於確保兒童和青少年接受適當的預防性、牙科、精神健康、發展及專科服務而言很關鍵。

必要的社區行為健康提供者:必要的社區行為健康提供者包括以下各項:

- A. 由州政府營運的門診精神健康服務提供者、服務提供者;
- B. 由州政府營運的 Behavioral Health Home 與以社區為基礎的服務提供者;及
- C. 鴉片類藥物治療計劃;
- D. OMH 持照門診診所,其執照許可治療 0 - 5 歲的兒童;
- E. 服務兒童的綜合精神科急診計劃;
- F. OMH 持照住院精神科服務,針對依據紐約州公共衛生法 (New York State Public Health Law) 第 28 條持有執照許可的醫院內住院的兒童;及
- G. 依據精神衛生法 (Mental Hygiene Law) § 9.39 指定服務兒童的醫院。

證據為基礎的實務 (EBP):美國醫學研究院 (Institute of Medicine, IOM) 定義「以證據為依據的實務」為下列三項綜合因素:(1)最佳研究證據、(2)最佳臨床經驗、以及(3)與患者一致的價值觀。

*這些因素也適用於孩童福利。州政府所採用 IOM 的 EBP 定義稍有不同,其納入了兒童福利的字眼:最佳的研究證據、最佳的臨床經驗,及與家庭/個案價值相符。在重視兒童福利執業人員臨床經驗的同時,此定義也構成科學研究的基礎,並且充分體認到所服務的家庭的價值。

* Institute of Medicine, 2001. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century.* Washington, DC: National Academy Press

家庭:家庭定義為主要照顧提供的單位,且包含我們文化中廣泛各種的主要照顧提供單位。家庭是由出生、寄養、領養或居住在一起的人自行建立的單位,個人之間有強烈的依附關係,家庭由成人和/或兒童組成,其中成人對於兒童執行監護/提供照護的職責,即使該名成人不住在家中。

家人:有血緣關係的父母、祖父母、手足、姑姑或嬸嬸、舅舅或伯伯等、寄養/領養或投入照顧兒童/青年。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

一人家庭：常用於描述對於某些有醫療需求的人士透過機構資格規定的使用而使兒童變成符合 Medicaid 資格的術語。這個規則允許針對符合 Medicaid 財務合格條件的兒童依「一人家庭」方式採用分配預算的方法，其中使用兒童自己的收入而不計入家長收入。

家庭同儕權益維護員：OMH 認證的同儕支持專家。

首次發作精神病 (FEP)：罹患 FEP 的會員指的是表現出可能代表最近浮現的精神分裂症的精神病症狀。FEP 通常發生於 16 至 35 歲的人士。FEP 包括過去兩年內發生精神症狀浮現的人士，其仍持續需要精神健康服務，以及有精神分裂症、情感性精神分裂症、類精神分裂症、未分類的精神病 (DSM-IV) 診斷，或其他明示／未分類的精神分裂病譜與其他精神病 (DSM-5) 診斷。FEP 定義排除其精神病症狀主要因情緒障礙或物質濫用所引起的人士。

健康照護有效性資料與資訊集 (Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS)：管理式護理業界所用的績效測量資料集，由國家品質保證委員會 (National Committee for Quality Assurance, NCQA) 開發與維護。

Health Home 護理管理：Health Home 是針對投保 Medicaid 具有複雜慢性醫療和／或行為健康需求之人士的管理服務模式。Health Home 照護經理提供以個人為中心的整合式精神與行為健康照護管理、過渡性照護管理，和社區與社會支持，以改善罹患慢性病的高費用、高需求 Medicaid 會員的健康結果。

在 2016 年 4 月，New York State 收到 CMS 核准，可擴展和調整 Health Home 模式，在 2016 年秋季開始服務未滿 21 歲的兒童。依 Medicaid State Plan 定義與實施，Health Home 護理管理納入六個核心功能，以及提供針對 HCBS 必要的護理計劃。六個核心功能包括：

- 綜合性照護管理
- 照護協調與健康促進
- 綜合性過渡護理
- 投保人與家庭支持
- 社區與社會支持轉介
- 使用健康資訊科技來連結服務

除了依據 Medicaid State Plan 符合資格的兒童之外，根據兒童的 1115 MRT 豁免修訂條款，所有接受 HCBS 的兒童都有資格享有 Health Home 護理管理。對於選擇退出 Health Homes 的兒童，對於 FFS 投保兒童之計劃或州政府指定單位將執行 HCBS 評估、護理計劃 (POC) 開發和持續監測 POC。

居家環境或社區環境：兒童主要居住或度過時間的環境，但不是醫院護理設施、中期照護機構 (ICF)、或精神科護理設施。注意：這與 HCBS 不同。State Plan 服務，包括新的 EPSDT OLP 和復健服務以及診所服務不一定要遵守 HCBS 環境規定 42 CFR 441.301 和 530。

住院分級環境：NYS 已分級為住院的、可由 Medicaid 給付的 24 小時層級護理，包括但不限於急性精神科住院設施、精神科 RTF 和化學物質依賴疾患的 RRSY。

酗酒和藥物濫用治療轉介護理層級 (Level of Care for Alcohol and Drug Treatment Referral, LOCADTR)：LOCADTR 由 OASAS 酌情制訂與更新，且為評估 SUD 患者服務強度與需求之臨床 LOC 工具。這用於制定 NYS 內所有初步和持續的 LOC 決定。如須更多資訊，請造訪：
<https://oasas.ny.gov/treatment>

藝術治療持照執業者 (Licensed Practitioner of the Healing Arts, LPHA)：持有執照在其州內範圍執業的個人專業人員，包括：醫師、精神科醫師、持照心理分析師、註冊專業護理師、執業護理師、臨床專科護理師、持照臨床社工師 (LCSW)、持照婚姻與家庭治療師、持照精神健康輔導員、持照心理師、持照碩士級社工師 (LMSW)、臨床專科護理師，以及醫師助理。持照專業人員負責確保依據現行州法在其執業範圍內提供診斷、建議、轉介、督導和／或護理。

當地社會服務部門 (Local Department of Social Services, LDSS)：每個郡都有提供或管理範圍廣泛的公開募集資金的社會服務和現金援助計劃的 LDSS。在 NYC，這些部門名稱為人力資源管理局 (Human Resources Administration) 和兒童服務管理局 (Administration for Children's Services)。

Medicaid 管理式照護機構 (Medicaid Managed Care Organization, MMCO)：NYS 認證的 MCO，用以管理非同時符合 Medicare 資格的 Medicaid 受益人的健康和 BH 服務。MMCO 也包括 HIV 特殊需求計劃 (HIV SNP)。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

醫療弱勢兒童：NYS 健康保險計劃辦公室 (Office of Health Insurance Programs, OHIP) 以往定義醫療弱勢為罹患慢性導致虛弱的病症的兒童，其可能會或可能不會住院或機構化，且符合一或多項下列標準：仰賴儀器維持生命或維持健康的功能；需要複雜的藥物療法或醫療介入來維持或改善其健康狀態；或需要持續評估或介入來預防健康狀態或醫療併發症導致其生命、健康或發育遭受風險的嚴重惡化。

慢性導致虛弱的病症包括但不限於：肺支氣管發育不全、腦性麻痺、先天性心臟疾病、小頭畸形、肺動脈高血壓和肌肉萎縮症。對於任何 MFC 兒童，所有健康計劃都必須符合 MFC 要求。

醫療弱勢照護層級 (LOC) 族群：遵循州政府示範規範有文件記錄的身體殘疾之未滿 21 歲的兒童。有能力根據州法在其執業範圍內診斷的 LPHA 已書面判定該名無 HCBS 的兒童有機構化的風險。LPHA 已提交書面臨床文件支持此裁定。該兒童已獲得面對面的評估，且被發現符合住院或照護設施住院標準。該名兒童有資格接受 LOC HCBS 服務，包括 CFCO 服務 (若符合 CFCO 要求)。

醫療必要性：New York 法律定義 Medicaid 計劃中的「醫療上必要的醫療、牙科、和治療照護、服務和用品」為「預防、診斷、矯正、或治療病症，該病症導致急性痛苦、危及生命、造成疾病或虛弱、干擾該人士進行正常活動的能力、或有導致某些重大障礙的可能，且根據州法 (N.Y. Soc. Serv. Law, § 365-a) 可提供給符合資格的人士。」

精神健康公平與成癮治療平等法案 (MHPAEA)：* Paul Wellstone 和 Pete Domenici 的 2008 年精神健康公平與成癮治療平等法案 (MHPAEA) 是一部聯邦法律，大致上避免提供精神健康或 SUD 福利的團體健康計劃和健康保險公司施加比起醫療／手術福利更不利的福利限制。在 2016 年 3 月，CMS 發布了最終規則，處理 MHPAEA 中所設對於 MMCO、Medicaid Alternative Benefit Plans 和兒童健康保險計劃所提供承保之特定要求的應用。

<https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2016-03-30/pdf/2016-06876.pdf>

* https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/mhpaea_factsheet.html

自然支持：自然支持指的是獨立於正式的服務之外的個人和非正式資源，可讓家人／照顧者取得。這些支持是文化相關情緒支持和對於兒童與家庭的關懷友誼的重要來源。自然支持可為短期或長期，且通常可永續發展，並在正式服務已結束後兒童與家人／照顧者仍可取得。自然支持可包括但不限於家人、朋友、鄰居、神職人員和其他熟識的人。

非醫師之持有執照的行為健康專業人員 (NP-LBHP): NP-LBHP 包括能夠獨立執業之持有執照的人士，且其依據 Medicaid State Plan 其他持照執業人員 (Other Licensed Practitioner) 部分獲得給付授權。非醫師之 NP-LBHP 包括：持照心理分析師、LCSW、持照婚姻與家庭治療師及持照精神健康輔導員。NP-LBHP 也包括下列人士，其在 LCSW、持照心理師或精神科醫師督導或指導下獲得執業許可：LMSW。備註：精神科醫師、持照醫師助理、持照醫師、心理師和持照執業護理師為持照執業人員，但不被稱為 NP-LBHP。

酗酒與藥物濫用服務辦公室 (Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS):

<https://oasas.ny.gov/>

兒童與家庭服務辦公室 (Office of Children and Family Services, OCFS): <http://ocfs.ny.gov/main/>

精神健康辦公室 (Office of Mental Health, OMH): <https://www.omh.ny.gov/omhweb/about/>

發展障礙人士辦公室 (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD):

<https://www.opwdd.ny.gov>

以人為中心的護理: 由家庭驅動、青年指引且反映出兒童與家庭之目標的服務，且強調共同制定決策的做法以賦權家庭、提供選擇和將汙名減至最低。服務必須設計成能最佳地治療疾病、改善臨床與心理社會結果，並強調身心舒適和著重家人的整體身心健康及兒童完整的社區包容。

計劃: MMCO。

照護計劃 (POC): 描述治療所評估之兒童／青年需求所必須的服務和護理類型、層級與期間的書面計劃。

預防護理: 提供用來預防疾病／病變和／或其後果的護理或服務。預防護理有三種層級：初級，例如疫苗接種，旨在預防疾病；次級，例如疾病篩檢計劃，旨在早期偵測疾病；及第三級，例如物理治療，旨在於疾病已發生之後回復功能。「預防護理」經常用於表示預防和早期偵測計劃，而非治療計劃。

提供者協議: 計劃與參與的服務供應商之間的任何書面協議，用以提供醫療照護和／或服務給計劃投保人。

康復導向: 服務應根據所有個人都有能力從精神疾病和／或 SUD 復原的原則來提供。明確來說，服務支持生活、職能和社交技能的習得，且在家中與社區為主的環境中提供，讓希望茁壯且鼓勵每個人制定個人的康復路徑。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

區域計劃聯盟 (Regional Planning Consortium, RPC): 一個區域行為健康計劃聯盟，組成單位包括各區域當地政府單位、精神健康和物質濫用失調治療服務提供者之代表、兒童福利系統、同儕、家庭、Health Homes 和 MCO。RPC 與州政府機構密切合作，指引有關該區域內的 Medicaid Managed Care 政策、解決區域服務遞送的挑戰等問題，以及推薦提供者培訓主題。

復原力: 這個原則指出兒童／青年能賦予自己能力和／或可獲得強化來幫助自己管理創傷不良效應，且能幫助自我控制、存活甚至邁向成功。

嚴重情緒失調 (Serious Emotional Disturbance, SED): 根據最新版精神疾病診斷與統計手冊 (DSM) 的特定精神疾病診斷，對象為曾遭遇過去 12 個月之間持續或間歇的情緒失調導致功能限制的兒童或青少年。此功能限制必須在下列兩個領域之一為中度，或是在下列至少一個領域為重度：

- A. 照顧自己的能力 (例如個人衛生；取得食物和進食；穿衣服；避免受傷)；或
- B. 家庭生活 (例如住在家庭或類似家庭的環境的能力；與家長或代理父母的人、手足和其他親戚的關係；在家庭環境中的行為)；或
- C. 社交關係 (例如建立和維護友誼；與同儕、鄰居和其他成人的人際互動；社交技能；遵守社會常規；適當利用休閒時間玩樂)；或
- D. 自我引導／自我控制 (例如維持足夠長時間的專心，使其得以完成適於該年齡的任務；行為自我控制；適當的判斷力和價值觀體系；決策能力)；或
- E. 學習能力 (例如學校成就和出席；接收和表達語言；與教師的關係；在校行為)。

若要因 SED 而獲得 Health Home 資格，SED 是單一符合 Health Home 資格的慢性病症且定義為有特定的精神疾病診斷的兒童或青少年 (未滿 21 歲)，診斷列於以下依最新版本的精神疾病 DSM 定義 DSM 類別 15，且過去 12 個月期間 (從衡鑑日期起) 持續或間歇因情緒失調而發生下列功能限制。

DSM 符合資格的精神健康類別：

- 思覺失調類群和其他精神病
- 雙極性情感疾患和相關疾患
- 憂鬱症
- 焦慮疾患
- 強迫症和相關疾患
- 創傷及壓力相關疾患
- 解離症
- 身體症狀疾患和相關疾患
- 飲食疾患
- 性別不安
- 侵擾行為、衝動控制及行為規範障礙症
- 人格疾患
- 性偏好症

Health Home 之 SED 定義的功能限制要求 — 若要符合對於 Health Home 的 SED 定義，該兒童必須在過去 12 個月期間（從衡鑑日期起）持續或間歇因情緒失調而發生下列功能限制：

- 照顧自己的能力（例如個人衛生；取得食物和進食；穿衣服；避免受傷）；或
- 家庭生活（例如住在家庭或類似家庭的環境的能力；與家長或代理父母的人、手足和其他親戚的關係；在家庭環境中的行為）；或
- 社交關係（例如建立和維護友誼；與同儕、鄰居和其他成人的人際互動；社交技能；遵守社會常規；適當利用休閒時間玩樂）；或
- 自我引導／自我控制（例如維持足夠長時間的專心，使其得以完成適於該年齡的任務；行為自我控制；適當的判斷力和價值觀體系；決策能力）；或
- 學習能力（例如學校成就和出席；接收和表達語言；與教師的關係；在校行為）。

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/medicaid_health_homes/docs/4_29_2015_children_webinar.pdf (第 16 和 17 頁)

第二部分 – 您的福利和計劃程序

單一個案協議 (Single Case Agreement, SCA):在非簽約提供者與 MMCO 之間的協議,該提供者對於一名特定兒童個案的照護可獲得給付。

開始日期:計劃將開始提供本文件所述健康服務的日期。

物質濫用失調 (Substance Use Disorder, SUD):SUD 診斷為與物質濫用有關的行為病理模式。SUD 診斷基於 DSM 中定義的標準,且可套用至所有十個類別的藥物,包括:酒精;大麻;致幻覺劑;吸入劑;類鴉片劑;鎮靜劑、安眠藥、抗焦慮劑;興奮劑;菸草;和其他(或未知)物質。

教學家庭 (Teaching Family Home):對於受過專門訓練的教學家長為提供最多四名 SED 兒童/青少年居家環境中個別化照顧的家庭。

過渡期青年 (Transition Aged Youth, TAY):從 OMH、OASAS 或 OCFS 持照、認證或資助的兒童計劃中過渡進入成人系統的 23 歲以下人士。這也包括未滿 23 歲從 State Education 853 學校過渡而來的人士(這些學校由私人機構營運,且提供日間和/或居住計劃給身心障礙學生)。

創傷:影響兒童安全感、管理情緒的能力和與他人良好相處的能力。創傷定義為兒童或青少年暴露於單一重大壓力事件或多次、慢性或長期創傷事件,該事件本質上通常為侵犯性且與人際相關。

創傷知情 (Trauma-Informed):創傷知情服務的基礎是理解創傷倖存者的弱點或所遭遇的誘發因子,其可能因傳統服務遞送措施而惡化,因此該服務和計劃可修改為較為支持性且避免造成再次創傷。所有計劃都應讓所有個人從事,其假設為在其生命中曾發生過創傷 (SAMHSA, 2014)。

治療計劃:治療計劃描述兒童的狀況和針對該期間照護所需的服務,詳述每位服務提供者要提供的實務做法、預期結果和預期治療時間長度。治療計劃應為文化相關、創傷知情且以個人為中心。

自願寄養機構 (Voluntary Foster Care Agency, VFCA):負責暫時監護和在寄養照顧情況下照顧兒童/青年的寄養機構,他們可能是依法院判令(非自願)或因為其父母願意讓他們暫時離家接受照顧(自願)而接受寄養。至 2016 年 12 月,NYS 有 93 間 VFCA 營運。

健康計劃隱私政策聲明

這份通知說明了有關您醫療資訊的可能使用方式。這份通知也說明了您可以如何取得這些資訊。請仔細閱讀。

生效日期：2019年1月1日。

我們¹必須依據法律規定保護您健康資訊 (Health Information, HI) 的隱私。我們必須寄送此通知給您。此通知會為您說明：

- 我們可能如何使用您的 HI
- 我們何時可以和其他人分享您的 HI
- 您調閱自己 HI 的權利

根據法律規定，我們必須遵守該通知中的條款。

HI 是指與您的健康或醫療保健服務有關的資訊。我們有權更改我們處理 HI 的隱私政策。如果我們變更隱私政策，我們將會透過郵件或電子郵件通知您。我們會將新的通知公布於以下網站：www.uhccommunityplan.com。如果您的 HI 受到侵害，我們將會通知您。我們會收集並保存您的 HI，以利業務運作。HI 可能包括口頭、書面或電子資訊。我們會限制員工和服務提供者使用您 HI 的權限。我們會實施保護措施來保護您的 HI。

我們如何使用或分享您的資訊

我們必須使用並與下列對象分享您的 HI：

- 您或您的合法代表
- 政府機關

我們有權基於特定目的使用和分享您的 HI。這必須是為了提供您的治療、給付您的照護費用或執行我們的業務。我們可能會透過下列方式使用和分享您的 HI。

- 為了付款。我們可以使用或分享您的 HI 以處理保費付款與理賠事宜。其中可能包括協調福利。
- 為了治療或管理照護。我們可以與您的提供者分享您的 HI，以協助其提供護理。
- 用於健康照護作業。我們可能會建議疾病管理或保健計劃。我們可能會研究數據資料以改善我們的服務。
- 為了告訴您健康計劃或產品的相關資訊。我們可能會向您介紹其他治療、產品和服務。這些活動可能受到法律限制。
- 供計劃贊助者使用。我們可能會向您的雇主提供投保、退保及摘要的 HI。若他們適當限制其對 HI 的使用方式，我們可能會向其提供其他 HI。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

- 為了核保。我們可能會使用您的 HI 來作承保決定。我們不會將您的遺傳 HI 用於核保目的。
- 用於涉及福利或照護的提醒。我們可能會使用您的 HI 來傳送約診提醒以及與您健康福利有關的資訊。

我們可能會以下列方式使用或共用您的 HI：

- 法律規定。
- 提供給為您提供照護的相關人員。在緊急情況下，此人士可能包括您的家人。若您無法同意或反對，就可能發生這種情況。如果您無法表達反對，我們將會使用我們最佳判斷力。若獲得允許，在您過世之後，我們可能會與協助為您提供照護的家人或朋友分享 HI。
- 為了公共衛生活動。可以是為了防止疾病爆發流行。
- 為了檢舉濫用、疏忽照顧或家暴。我們只能與法律允許取得此 HI 的機構共享。這可能包括社會服務或保護服務機構。
- 用於舉辦衛生監督活動，讓法律允許的機構取得 HI。這可能包括用於核發執照、審查以及詐欺與濫用調查。
- 用於司法或行政程序。回覆法庭命令或傳票。
- 用於執法。為了尋找失蹤者或報案。
- 用於解決健康或安全威脅。這可能包括公共衛生機構或執法機構。例如：發生緊急情況或災難。
- 用於政府職能作業。可以用於軍事與退伍軍人用途、國家安全或保護服務。
- 用於理賠勞工賠償。為了遵守勞動法。
- 用於研究。為了研究疾病或殘障。
- 用於提供與死者有關的資訊。這可能包括向驗屍官或法醫提供資訊。為確認死者身分、找尋死因或按照法律規定。我們可向喪葬承辦者提供 HI。
- 用於器官移植。為了協助獲取、保存或移植器官、眼睛或組織。
- 提供給懲教機關或執法機關。適用於受監禁的人士：(1) 提供醫療保健服務；(2) 保護您與他人的健康；及 (3) 用於維護機構安全。
- 向您提供服務所需，提供給我們的合夥人。我們的夥伴同意保護您的 HI。他們不得將 HI 用於我們與其所簽訂合約範圍以外的用途。

- **其他限制。**聯邦法律和州法律可能會對下列 HI 的使用加諸進一步限制。我們將會遵循更嚴格的適用法律。
 1. 酒精與物質濫用
 2. 生物識別資料
 3. 兒童或成人虐待或疏忽照顧或性侵
 4. 傳染病
 5. 遺傳資訊
 6. HIV/AIDS
 7. 精神健康
 8. 未成年人的資料
 9. 處方
 10. 生殖健康
 11. 性傳染病

我們只會按照此處所述的方式或經您書面同意的方式使用您的 HI。我們將會取得您的書面同意，以分享您的心理治療記錄。我們將會取得您的書面同意，以向其他人銷售您的 HI。我們將會取得您的書面同意，以在特定行銷郵件中使用您的 HI。若您允許我們分享您的 HI，接受者可能會進一步分享。您可以撤銷同意。如欲了解如何撤銷，請致電您 ID 卡上的電話號碼。

您的權利

您享有下列權利。

- **要求我們限制**為了治療、付款或健康照護工作使用或分享。您可以要求我們僅限於與家人或他人分享。我們可允許您的受撫養人提出限制要求。我們將會盡力滿足您的要求，但我們不一定要這樣做。
- **若要要求通訊往來保密** (採用不同方式或不同地點)。例如，寄到郵政信箱而非您的住家。當資訊披露可能會對您造成危險時，我們將會同意您的要求。我們接受以口頭方式提出的要求。您可以更改您的要求內容。這必須採用書面形式。請將其郵寄至下列地址。
- **查看或取得一份特定 HI 的副本。**您必須以書面形式提出要求。請將其郵寄至下列地址。如果我們以電子形式保管這些記錄，您可索取電子副本。您可以要求我們將您的記錄寄給第三方。我們可以將摘要寄給您。我們可能會收取影印費用。我們可能會拒絕您的要求。若我們拒絕您的要求，您可以針對拒絕決議提出審查申請。
- **要求修改。**如果您認為自己的 HI 內容錯誤或不完整，您可以要求修改。您必須以書面形式提出要求。您必須說明修改的理由。將其郵寄至下列地址。如果我們拒絕您的要求，您可在您的 HI 上添加您的不同看法。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

- 獲得詳盡說明，了解您提出請求前，這六年來所分享的 HI。其中將不會包含在下列情況下所分享的任何 HI：(i) 治療、付款或健康護理工作；(ii) 與您分享或經您同意後所分享的資訊；(iii) 與懲教機構或執法機構分享的資訊。內容中將不會列出聯邦法律規定我們不需要予以追蹤的資訊披露。
- 獲得本聲明的紙本副本。您可隨時索取印刷版。您也可以在我们的網站 (www.uhccommunityplan.com) 上取得副本。

行使您的權利

- 與健康計劃聯絡。請致電您 ID 卡上的電話號碼。或者您可以聯絡 UnitedHealth Group 電話服務中心 **1-866-633-2446** 或聽力語言殘障專線 **711**。
- 提出書面請求。郵寄至：
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300
P.O. Box 1459
Minneapolis, MN 55440
- 提出投訴。如果您認為您的隱私權受到侵犯，您可將您的投訴寄至上列地址。

您也可通知美國衛生及公共服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 部長。我們不會因您提出投訴而採取任何對您不利的行動。

¹ 此醫療資訊隱私政策聲明適用於與 UnitedHealth Group 有關的下列健康計劃：AmeriChoice of New Jersey, Inc.；Arizona Physicians IPA, Inc.；Care Improvement Plus South Central Insurance Company；Care Improvement Plus of Texas Insurance Company；Care Improvement Plus Wisconsin Insurance；Health Plan of Nevada, Inc.；Optimum Choice, Inc.；Oxford Health Plans (NJ), Inc.；Physicians Health Choice of Texas LLC；Preferred Care Partners, Inc.；Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Inc.；Symphonix Health Insurance, Inc.；UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.；UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.；UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.；UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.；UnitedHealthcare Community Plan, Inc.；UnitedHealthcare Insurance Company；UnitedHealthcare Insurance Company of River Valley；UnitedHealthcare of Alabama, Inc.；UnitedHealthcare of Florida, Inc.；UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.；UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.；UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.；UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.；UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.；UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.；UnitedHealthcare of New England, Inc.；UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.；UnitedHealthcare of New York, Inc.；UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.；UnitedHealthcare of Washington, Inc.；UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.；UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.。此保健計劃清單填寫日期截至本通知生效日起。若要了解受此聲明影響的保健計劃最新清單，請前往 www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2-zh，或致電您保健計劃 ID 卡上的號碼。

財務資訊隱私聲明

本聲明顯示了可能會如何使用和共用您的財務資訊請仔細閱讀。

生效日期：2019 年 1 月 1 日。

我們²會保護您的「個人財務資訊」(Financial Information, FI)。FI 不是健康資訊。
FI 可辨識您的身分，且通常不是公開資訊。

我們會收集的資訊

- 我們會透過您的申請或表格取得 FI。這可能包括姓名、地址、年齡和社會安全號碼。
- 我們會透過您與我們或其他人所進行的交易取得 FI。這可能包括保費付款資料。

FI 的分享。

我們將僅會按照法律許可的方式分享 FI。

我們可能會分享您的 FI 以利業務運作。我們可能會與我們的關係企業分享您的 FI。
我們不需要經由您的同意便可這樣做。

- 我們可能會為了處理交易而分享您的 FI
- 我們可能會為了維護您的帳戶而分享您的 FI
- 我們可能會為了回應法院命令和法律調查而分享您的 FI
- 我們可能會與為我們準備行銷資料的公司分享您的 FI

保密性與安全性

我們會限制員工和服務供應商使用您 FI 的權限。我們會實施保護措施來保護您的 FI。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

關於此聲明的疑問

請致電您健康計劃 ID 卡上的免付費會員電話號碼或聯絡 UnitedHealth Group 客戶電話服務中心 **1-866-633-2446**，或聽力語言殘障專線 **711**。

² 在此份財務資訊隱私聲明當中，「我們」是指健康計劃隱私政策聲明最末頁上方註腳 1 中所列的機構以及以下 UnitedHealthcare 關係企業：AmeriChoice Health Services, Inc.；CNIC Health Solutions, Inc.；Dental Benefit Providers, Inc.；gethealthinsurance.com Agency, Inc.；Golden Outlook, Inc.；HealthAllies, Inc.；Lifeprint East, Inc.；Lifeprint Health, Inc.；MAMSI Insurance Resources, LLC；Managed Physical Network, Inc.；OneNet PPO, LLC；OptumHealth Care Solutions, Inc.；Optum Women's and Children's Health, LLC；OrthoNet, LLC；OrthoNet of the Mid-Atlantic, Inc.；OrthoNet West, LLC；OrthoNet of the South, Inc.；Oxford Benefit Management, Inc.；Oxford Health Plans LLC；POMCO Network, Inc.；POMCO of Florida, Ltd.；POMCO West, Inc.；POMCO, Inc.；Spectera, Inc.；UMR, Inc.；Unison Administrative Services, LLC；United Behavioral Health；United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.；United HealthCare Services, Inc.；UnitedHealth Advisors, LLC；UnitedHealthcare Services LLC 和 UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc.。此財務資訊隱私聲明僅適用於法律所規定的情況。具體而言，此財務資訊隱私聲明不適用於 (1) 由 Health Plan of Nevada, Inc. 和 Sierra Health and Life Insurance Company, Inc. 在內華達州提供的醫療保健保險產品；或 (2) 在提供例外項的州所提供的其他 UnitedHealth Group 健康計劃。本健康計劃清單自本通知生效之日起已完成。若要了解受此聲明影響的保健計劃最新清單，請前往 www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2-zh，或致電您健保計劃 ID 卡上的號碼。

