相伴同行

年会员手册

了解您的医疗保健福利

AetnaBetterHealth.com/NewYork

aetna®

Aetna Better Health® of New York

1376310-NY–CH (rev 2024)

个人信息

护理经理姓名和电话号码

护理经理助理姓名和电话号码

会员服务部电话号码：**1-855-456-9126**

Aetna Better Health of New York

管理式长期护理 (MLTC) 计划

会员手册

376310-NY-CH (rev 6/24)

目录

目录

参保者手册 4
如何联系我们 4
服务列表 4
其他语言/格式 5
MLTC 计划参保资格 8
NEW YORK 独立评估机构计划 — 初始评估流程 9
计划会员 (ID) 卡 11
其他承保服务 12
限制 14
在服务区域之外获得护理 14
紧急医疗服务 14
过渡性护理程序 15
Money Follows the Person (MFP)/Open Doors 15
我们的计划不承保的 Medicaid 服务 15
药房 16
某些精神健康服务，包括： 16
某些智力和发育障碍服务，包括： 16
其他 Medicaid 服务，包括： 16
非紧急医疗交通接送调度 16
Aetna Better Health of New York 或 Medicaid 不承保的服务 17
服务授权步骤 17
事先授权 18
同步审核 18
回顾性审核 18
我们收到您的服务授权请求后会怎样？ 19
事先授权请求的期限 19
同步审核请求的期限 19
如果我们需要更多信息才能就您的服务请求做出标准或快速决定，则上述期限可延长最多 14 天。
我们将： 19
什么是行动？ 20
行动通知的时间安排 20

行动通知的内容 20
如何对行动提出上诉？ 21
如何联系我的计划以提出上诉？ 21
对于某些行动，您可请求在上诉流程期间继续获得服务 21
计划就我对行动提出的上诉做出决定需要多长时间？ 22
快速上诉流程 22
如果计划拒绝我的上诉，该怎么办？ 22
州立公平听证会 23
Albany 24
州立外部上诉 24
投诉与投诉上诉 24
什么是投诉？ 25
投诉流程 25
如何对投诉决定提出上诉？ 25
参保者监察官 26
从 Aetna Better Health of New York MLTC 计划退保 26
自愿性退保 26
转移 26
非自愿性退保 27
如果满足以下情况，您必须退出 Aetna Better Health of New York： 27
如果满足以下情况，我们可以要求您退出 Aetna Better Health of New York： 28
文化和语言能力 28
会员权利与责任 28
会员权利 28
预立医疗指示 30
根据请求提供的信息 30
隐私规则通告 31
本通告说明如何使用和披露与您相关的医疗信息以及您如何获取相关信息。请仔细检阅本通告。 31
非歧视通告 35
翻译服务 37

欢迎加入

Aetna Better Health of New York 管理式长期护理 (Managed Long-Term Care, MLTC) 计划

感谢您选择了我们！我们期待帮助您满足您的医疗保健需求。如果您在获取服务时有疑问或问题，我们随时为您提供帮助。以下信息将帮助您入门。

MLTC 计划专为拥有 Medicaid 的人士设计，他们需要健康和基于社区的长期护理服务与支持 (Community Based Long Term Services and Supports, CBLTSS)（如居家护理和个人护理），以便尽可能地留在家里和社区中。

参保者手册

本手册将为您介绍参保计划后，Aetna Better Health of New York 所承保的额外福利。本手册还介绍如何请求服务、提出投诉或从 Aetna Better Health of New York 退保。

请保留本手册作为参考，其中包含如何通过本保健计划获取健康服务的重要信息。它应该也能解答您的疑问。请花几分钟阅读并妥善保管本手册。如果您需要获得帮助来理解手册的内容，请致电会员服务部：**1-855-456-9126**。

参保人身份识别 (ID) 卡

您现在应该已经收到了您的参保人 ID 卡。请随身携带并在需要 Aetna Better Health 承保的医疗保健服务时使用它。此卡非常重要，请务必妥善保管。切勿让任何其他人使用您的 ID 卡。

如何联系我们

请致电会员服务部：**1-855-456-9126**，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。听力障碍人士请拨打 NY 转接专线 **711** 或**1-877-662-4886 TTY/VOZ**。NY 转接专线可以全天候为您转接任何地点的任何人。

服务列表

承保服务是指我们将因为您是 Aetna Better Health of New York 的参保人，并且拥有 Medicaid 而为您支付费用的服务。这些服务应由网络内医疗服务提供者提供。您接受的具体服务以及服务频率和时长将视您的疾病、健康状况和社会需求而定。完整的服务列表请参见第 13 页。

如果您需要某项服务，而您的医疗服务提供者出于道德或宗教原因拒绝为您提供该服务，请拨打免费电话 **1-855-456-9126** 联系会员服务部。我们将帮助您找到可提供该承保服务的医疗服务提供者，或寻找一名护理师来帮助您获得相应的服务。您不应为承保服务而收到账单或支付任何费用。如果遇到这种情况，请致电会员服务部。

其他语言/格式

This is important information about your health care benefits.Call Member Services at **1-855-456-9126**, or if hearing impaired/TTY call NY Relay **711**; for a translated version of this information.For those with hearing impairment, NY Relay can connect you to anyone, anywhere, 24 hours a day, 7 days a week.

这是关于您的医疗保健福利的重要信息。请拨打 **1-855-456-9126** 联系会员服务部，或使用听力障碍人士专用电话 TTY 时，拨打 **711** NY Relay，索取此信息之翻译版本。NY Relay 专为听力障碍人士提供每周 7 天、每天 24 小时的全日服务，以便您随时联系。

Это важная информация о покрываемых нами видах медицинской помощи («бенефитах»).Для получения перевода этой информации на ваш язык позвоните в Отдел помощи нашим клиентам по телефону **1-855-456-9126**.Если вы слабослышащий, воспользуйтесь телефоном с текстовым выходом (TTY) через коммутаторную линию Нью-Йорка **711**.Коммутаторная линия Нью-Йорка позволяет лицам с нарушениями слуха связаться с кем угодно, где угодно в любое время суток 7 дней в неделю.

实用信息		
名称	**电话、传真、电子邮箱**	**地址**
Aetna Better Health of New York 会员服务部	**1-855-456-9126** 传真：**1-855-863-6421** 网站：**AetnaBetterHealth.com/NewYork**	Aetna Better Health of NY 101 Park Avenue 15th Floor New York, NY 10178
听障服务部	New York 转接专线 **7-1-1**	
紧急医疗服务	**9-1-1**	
LIBERTY 提供的牙科服务	**1-855-225-1727** **(TTY 877-855-8039)**	
EyeQuest 提供的视力服务	**1-855-873-1282** 周一至周五，早上 8 点至晚上 8 点	
语言翻译服务	致电 Aetna Better Health of New York 会员服务部，电话： **1-855-456-9126**	
申诉与上诉	致电 Aetna Better Health of New York 会员服务部，电话： **1-855-456-9126** 传真：**1-855-264-3822**	New York Grievance & Appeals Department Att.: Civil Rights Coordinator PO Box 818001 Cleveland OH 44181-8001
欺诈和滥用热线	致电 Aetna Better Health 会员服务部，电话：**1-855-456-9126**	
Nassau 县社会服务部 (Department of Social Services, DSS)	**516-227-7474**	
Suffolk 县社会服务部 (DSS)	**631-854-9935**	
New York 市人力资源管理局 (Human Resource Administration, HRA)	**1-877-422-8411**	

实用信息		
名称	**电话、传真、电子邮箱**	**地址**
NY 老龄局	如需深入了解为老年人和有特殊需求人士提供的计划和服务，请致电 **518-474-7012**	
NYS 金融服务管理局	**1-800-400-8882**	New York State Department of Financial Services PO Box 7209 Albany NY, 12224-0209
New York 州卫生部管理式长期护理计划管理局 New York State 卫生部（投诉）	有关本州管理式长期护理计划的更多信息，请致电**1-866-712-7197**	
New York Medicaid Choice (Maximus)	**1-888-401-6582**	
Medicaid 应答服务 (Medicaid Answering Services, MAS)	**https://www.medanswering.com/** 或致电 **1-844-666-6270**	

会员服务部提供的帮助

您可以随时拨打下方会员服务部电话号码联系我们，服务时间为每周七天，每天 24 小时。

会员服务部会有人为您提供帮助，电话：

- **1-855-456-9126**，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时
- 听障人士请致电 **1-855-456-9126（NY 转接专线：711）**

如果会员想要以其他语言接收信息，或者如果他们有听力或视力障碍，则可以联系个案经理或会员服务代表。

MLTC 计划参保资格

MLTC 计划面向拥有 Medicaid 的人士提供。如果您满足以下条件，则有资格加入 MLTC 计划：

1. 年满 21 周岁
2. 居住在计划的服务区域内，即 Manhattan、Brooklyn、Queens、Bronx、Nassau 和 Suffolk
3. 拥有 Medicaid
4. 仅拥有 Medicaid **且**有资格获得疗养院级护理
5. 在参保时，能够在不危害您的健康与安全的前提下返回或继续留在家里和社区中，***且***
6. 预计自参保之日起连续超过 120 天至少需要以下其中一项 MLTC 计划承保的基于社区的长期服务与支持 (Community Based Long Term Services and Supports, CBLTSS)：
    A. 居家护理服务
    B. 居家治疗服务
    C. 居家健康助理服务
    D. 居家个人护理服务
    E. 成人日间健康护理
    F. 私人看护服务；或
    G. 消费者主导个人援助服务

本手册中说明的承保范围自您参保 Aetna Better Health of New York MLTC 计划之日起生效。
参保 MLTC 计划纯属自愿。

NEW YORK 独立评估机构计划 — 初始评估流程

自 2022 年 5 月 16 日起，无冲突评估与参保中心 (Conflict Free Evaluation and Enrollment Center, CFEEC) 更名为 New York 独立评估机构 (New York Independent Assessor Program, NYIAP)。NYIAP 将管理初始评估流程。NYIAP 将在以后开启加急初始评估。初始评估流程包括完成：

- ***社区健康评估 (Community Health Assessment, CHA)：*** CHA 用于了解您是否需要个人护理 (Personal Care Services, PCS) 和/或消费者主导个人援助服务 (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS)，以及是否有资格参保管理式长期护理计划。
- ***临床约诊和医嘱 (Practitioner Order, PO)：*** PO 用于记录您的临床约诊情况并表明您：
- 在日常活动中需要帮助，***且***
- 您的医疗状况稳定，因此可在家里接受 PCS 和/或 CDPAS。

NYIAP 将安排 CHA 和临床约诊。CHA 将由经过培训的注册护士 (Registered Nurse, RN) 完成。进行 CHA 后，来自 NYIAP 的临床医生将在几天后完成临床约诊和 PO。

Aetna Better Health of New York 将使用 CHA 和 PO 结果来了解您需要的帮助类型以及制定您的护理计划。如果您的护理计划提议平均每天超过 12 小时的 PCS 和/或 CDPAS，则需要由 NYIAP 独立审核小组 (Independent Review Panel, IRP) 进行单独审核。IRP 是一个由医疗专业人员组成的小组，将审核您的 CHA、PO、护理计划和任何其他医疗文件。如果需要更多信息，小组成员可能会对您进行检查或与您讨论您的需求。IRP 将就护理计划是否满足您的需求向 Aetna Better Health of New York 提出建议。

NYIAP 完成初始评估步骤并确定您有资格参保 Medicaid 管理式长期护理计划后，您便可选择要参保的管理式长期护理计划。

1. 如果您刚刚接触管理式长期护理计划，或者您目前已参保另一项长期护理计划并想要转移，您也可以致电我们的会员服务部 **(1-855-456-9126)**，会员服务代表将记下您的信息。

2. 您的信息将发送给我们的参保受理专员，他们将与您联系以确认您对 Aetna Better Health of New York 的 MLTC 服务感兴趣，并审核您的 Medicaid 是否有资格获得 MLTC 服务。

3. 参保受理专员将安排一名注册评估护士致电，并与您一起查看 NYIAP 完成的初始评估（CHA 和 PO）的结果，以及制定以人为本的服务计划 (Person-Centered Service Plan, PCSP)。

通过 NYIAP 评估，我们可以根据您的健康状况和日常活动能力了解您需要的护理类型。在审核期间，我们将：

- 协助您填写参保申请和 Medicaid 申请（如果需要）。在您的 Medicaid 申请获得批准前，您的 Aetna Better Health 申请将被搁置。
- 如果您同时申请参保 Medicaid 和 Aetna Better Health of New York，则参保所需的时间可能比以现有 Medicaid 会员身份申请的情况长至少一到两个月。
- 请详细阅读本会员手册，本手册包含有关政策和程序的信息，是本计划参保协议的重要组成部分。本手册包括会员的权利与责任。
- 查看医疗服务提供者目录。
- 与您和对您进行护理的任何其他人（例如家庭成员）一起制定护理计划提案。

4. CHA 和 PO 审核或由 Aetna Better Health of New York 进行的初始评估必须在请求参保的个人首次进行联系或收到参保经纪人转介后的三十 (30) 天内进行。

5. 参保 Aetna Better Health of New York 纯属自愿，如果您有意参保并且您符合成为 Aetna Better Health 会员的资格，则您或您的代表必须签署：

- 参保协议。
- 隐私申请表。这让护理经理能够与您的初级保健提供者（您的医生）讨论您的护理计划。
- 护理评估授权书。这让我们的护士能够完成对您的评估。
- 以人为本的服务计划 (PCSP)
- 会员应急/备选计划
- 消费者主导个人援助服务谅解备忘录（如适用）
- Healthix 同意书（可选）

在签署之前或之后，如果您选择不参保，则可以在参保生效日期前一个月的 20 日中午之前通过口头或书面形式表明您的意愿，撤销您的申请或参保协议，之后我们将向您寄送书面撤销确认函。

如果选择参保 Aetna Better Health of New York，我们会将您的申请提交给 New York Medicaid Choice。您的参保申请将由 New York Medicaid Choice 审核和决定。本会员手册中说明的承保范围自您参保 Aetna Better Health Plan 生效之日起生效。参保 Aetna Better Health 纯属自愿。如果您对我们的计划或参保事宜有任何疑问， 无论您是否已经是 Aetna Better Health 会员，均可拨打 **1-855-456-9126** 联系会员服务部。

如果在参保时出现以下情况，则可能会拒绝您参保 Aetna Better Health of New York MLTC 计划：

- 不符合上述资格标准。
- 不需要超过 120 天的基于社区的长期护理服务 (Community Based Long Term Care Services, CBLTC)。
- 正在接受临终关怀服务。
- 正在通过州精神健康办公室 (Office of Mental Health, OMH) 设施、发育障碍人士办公室 (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD) 设施/治疗中心、辅助生活设施 (Assisted Living Facility, ALP) 接受护理，或正在参加一项酒精/物质滥用长期住宿型治疗计划。
- 正在获取 OPWDD 基于家庭和社区的服务或正在进行创伤性脑损伤和疗养院过渡及转移；第 191S(c) 节豁免计划。
- 未满六十五 (65) 岁，参加了美国疾病控制和预防中心的乳腺癌和/或宫颈癌早期检测计划，需要乳腺癌或宫颈癌治疗，但未获得有信誉度的健康保险承保。
- 预计 Medicaid 的承保期少于 6 个月、拥有 Emergency Medicaid、参加了寄养家庭护理示范项目或计划生育扩展计划。

如果您是 Aetna Better Health 新会员并且正在从网络外提供者处接受持续治疗，则自参保 Aetna Better Health 之日起您可继续接受最多 90 天的此类治疗。要继续接受治疗，您的提供者必须：

- 接受 Aetna Better Health 的付款费率。
- 遵守 Aetna Better Health 的政策，包括品质保证政策。
- 向 Aetna Better Health 提供有关护理的医疗信息。

计划会员 (ID) 卡

您将在参保生效日期后的 10 天内收到您的 Aetna Better Health of New York 身份识别 (ID) 卡。请确认卡上的所有信息是否正确无误。请务必随身携带您的 ID 卡和您的 Medicaid 卡。如果您的卡丢失或被盗，请致电 **1-855-456-9126** 联系会员服务部。

Aetna Better Health of New York MLTC 计划承保的服务

护理管理服务

作为我们计划的会员，您将获得护理管理服务。我们的计划将为您提供一名护理经理，此人是医疗保健专业人员（通常为护士或社工）。您的护理经理将与您和您的医生合作，确定您需要的服务并制定护理计划。您的护理经理还将就您需要的任何服务安排约诊。 您可以从护理经理处获得的其他援助包括为您转介或帮助您协调医疗、社会、教育、社会心理、金融服务或其他支持您的 PCSP 的服务。无论所需的服务是否包含在您的福利中，您的护理经理都会帮助您。

您同意成为 Aetna Better Health 会员后，您的护理经理将与对您进行家访的护士交谈。我们将审核您的家访信息。随后，您的护理经理将与您联系，详细讨论您的需求。你们将一起制定以人为本的服务计划 (PCSP)。

您的护理计划将根据您的健康状况和医疗保健需求来制定。您的初级保健提供者可能会向我们提供信息、与您和您的护理经理交谈，以及帮助制定您的护理计划。我们还会从您的家人、照护者和您认为我们应与之交谈的其他人那里获得意见。护理计划将说明您需要的个人护理时间。护理计划将列出您可从 Aetna Better Health 获得的其他服务。护理计划将介绍 Aetna Better Health 承保的服务以及提供这些服务的时间表。您的护理计划很重要。它是我们共同努力的结果，决定了我们将如何为您提供帮助。其中包括我们将支付费用的服务，以帮助您尽可能恢复健康并保持健康。

制定以人为本的服务计划 (PCSP) 后，您的护理团队将帮助您获得需要的所有护理和服务。护理管理团队将协助您预约所需的任何医疗保健服务。

您的护理经理将至少每月致电一次，以了解您的情况。Aetna Better Health 的护理管理团队将至少每六 (6) 个月进行一次护理管理家访，这可以作为您的重新评估的一部分进行。

a) 确保您作为参保者所接受的护理管理类型和护理计划是基于您病情的严重程度，同时解决您的身心健康问题。
b) 我们的护士进行家访后，在制定护理计划时，将为参保者讲解消费者主导个人援助服务 (CDPAS) 和其他服务方案。
c) 您的护理经理将就您的所有请求与您沟通。您随时可以拨打护理经理的电话号码。

服务将在您的参保申请获得批准后的次月第一天开始提供。您的护理管理团队将帮助与其他医疗服务提供者协调您的护理，例如医生看诊、处方药和住院。您可以通过与您的护理管理团队分享您的需求和顾虑来参与到您的护理当中，以便您可以继续在所在社区中独立生活。您和您的护理管理团队将每年至少审核两次您的护理计划。如果您的病情发生变化，护理团队也可能会审核您的护理计划，确保您获得所需的服务。

其他承保服务

因为您拥有 Medicaid 并且符合 MLTC 的资格，所以我们的计划将安排并支付下文所述的额外健康和社会服务。只要这些服务具有医疗必要性，即需要这些服务来预防或治疗您的疾病或残障，您就可以获得这些服务。您的护理经理将帮助确定您需要的服务和提供者。在某些情况下，您可能需要医生的转诊或医嘱才能获得这些服务。您必须从 Aetna Better Health of New York 网络内提供者处获取这些服

务。如果您在我们的计划中找不到提供者，则您必须从 Aetna Better Health 网络内提供者处获取承保服务。如果 Aetna Better Health 没有接受过适当培训或拥有适当经验的提供者来满足您的需求，则您可以转诊至网络外医疗服务提供者。如果您需要网络外提供者，请联系您的护理管理团队，协助您获得授权。

如果使用 Aetna Better Health 网络外提供者获得承保服务，您必须先获得 Aetna Better Health 的授权，然后才能在该提供者处看诊。如果未事先获得所需的授权，提供者将不会获得服务费用付款。如果您对此流程有任何疑问，请联系您的护理管理团队或致电 **1-855-456-9126** 联系会员服务部。

如果您需要某项服务，而您的提供者出于道德或宗教原因拒绝为您提供该项服务，请致电您的护理管理团队或拨打免费电话 **1-855-456-9126** 联系会员服务部。他们将帮助您找到提供此项承保服务的提供者。

您不应为承保服务而收到账单或支付任何费用。如果遇到这种情况，请致电您的护理管理团队或拨打免费电话 **1-855-456-9126** 联系会员服务部。

- 门诊康复服务
- 个人护理（如协助沐浴、就餐、穿衣、如厕和行走）
- Medicare 不承保的居家护理服务，包括护理、居家健康助理以及职业、物理和言语治疗
- 营养服务
- 医疗社会服务
- 送餐到家服务和/或集体用餐服务，如日间护理
- 社交型日间护理
- 私人看护服务
- 牙科
- 社会/环境支持（如家务服务、居家改造或喘息护理服务）
- 个人紧急应答系统
- 成人日间健康护理
- Medicare 不承保的疗养院护理（前提是您符合 Medicaid 机构型福利的资格）
- 听觉服务
- 耐用医疗设备 (DME)
- 医疗用品
- 假体和矫形器
- 验光
- 消费者主导个人援助服务

- 足疗
- 呼吸治疗

限制

肠内配方和营养补充剂仅限于无法通过其他任何方式获得营养的个人，以及下述情况：

1. 无法咀嚼或吞咽食物且必须使用饲管通过配方获得营养的管饲人士；***和***
2. 需要特定医学配方来提供无法通过任何其他方式获得的必需营养素的患有罕见先天性代谢失调的人士。

某些氨基酸和有机酸代谢遗传性疾病的承保范围应包括低蛋白改良固体食品或含有改性蛋白的改良固体食品。

对于被视为需要永久居住在疗养院的人士，承保至少三个月的疗养院护理。在这段时间之后，您的疗养院护理可能会通过常规 Medicaid 获得承保，并且您将从 Aetna Better Health of New York 退保。

在服务区域之外获得护理

如果您离开承保区域，必须通知护理经理。如果您发现自己需要承保区域之外的服务，应联系您的护理经理以协助安排服务。

紧急医疗服务

紧急医疗服务是指在突然发生对您的健康构成严重威胁的情况下需要的服务。若发生紧急医疗情况，请拨打 911。如上所述，紧急医疗服务不需要事先授权。但是，您应在紧急情况发生后的 24 小时内通知 Aetna Better Health of New York。您可能需要只能通过 Aetna Better Health of New York 提供的长期护理服务。如果您住院，家庭成员或其他照护者应在您入院后 24 小时内联系 Aetna Better Health of New York。您的护理经理将在必要时暂停您的居家护理服务并取消其他约诊。请务必通知您的初级保健医生或出院规划人员联系 Aetna Better Health of New York，以便我们可以与他们合作，规划您出院后的护理。

过渡性护理程序

Aetna Better Health of New York 新会员可在参保后长达 60 天的过渡期内于非网络内医疗服务提供者处继续接受正在进行的疗程，前提是该提供者接受计划的付款费率、遵守 Aetna Better Health of New York 的品质保证和其他政策，并向计划提供有关护理的医疗信息。

当您的提供者离开网络时，如果提供者接受计划的付款费率、遵守计划的品质保证和其他政策，并向计划提供有关护理的医疗信息，则您可在长达 90 天的过渡期内继续接受正在进行的疗程。

Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

本部分将说明可通过 **Money Follows the Person (MFP)/Open Doors** 获得的服务与支持。
MFP/Open Doors 是一项可帮助您从疗养院搬回家中或社区内住所的计划。如果您符合以下条件，则可能有资格享受 MFP/Open Doors：

- 已在疗养院居住三个月或更长时间
- 具有可通过社区服务满足的健康需求

MFP/Open Doors 提供过渡专员和同伴，这些人可在疗养院与您当面讨论搬回社区的相关事宜。
过渡专员和同伴不同于护理经理和出院规划人员。他们可以通过以下方式帮助您：

- 为您提供有关社区服务与支持的信息
- 寻找在社区提供的、可帮助您独立生活的服务
- 在您搬回后对您进行家访或致电，确保您的需求在家中得到满足

如需有关 MFP/Open Doors 的更多信息，或想要安排过渡专员或同伴拜访，请致电 **1-844-545-7108** 联系 New York 独立生活协会 (New York Association on Independent Living)，或发送电子邮件至 **mfp@health.ny.gov**。您还可以访问 MFP/Open Doors 网站：**www.health.ny.gov/mfp** 或 **www.ilny.org**。

我们的计划不承保的 Medicaid 服务

某些 Medicaid 服务不受 Aetna Better Health of New York 承保，但常规 Medicaid 可能予以承保。您可以使用 Medicaid 福利卡从任何接受 Medicaid 的提供者处获得这些服务。如果您对 Aetna Better Health of New York 或 Medicaid 是否承保某项福利有疑问，请致电 **1-855-456-9126** 联系会员服务部。Medicaid 通过您的 Medicaid 福利卡承保的部分服务包括：

药房

大多数处方药和非处方药以及复方处方药均受常规 Medicaid 或 Medicare D 部分（如果拥有 Medicare）承保。

某些精神健康服务，包括：

- 强化精神康复治疗
- 日间护理
- 长期严重精神疾病个案管理（由州或当地精神健康部门资助）
- Medicare 不承保的部分住院护理
- 为社区家庭中的人员或接受居家治疗的人员提供的康复服务
- 持续性日间护理
- 主动式社区治疗
- 以康复为主导的个性化服务

某些智力和发育障碍服务，包括：

- 长期治疗
- 日间护理
- Medicaid 服务协调
- 根据基于家庭和社区的服务豁免计划接受的服务

其他 Medicaid 服务，包括：

- 美沙酮治疗
- 肺结核病（肺结核）直接观察治疗
- HIV COBRA 个案管理
- 计划生育

非紧急医疗交通接送调度

自 2024 年 3 月 1 日起，Aetna Better Health of New York 将不再将非紧急交通接送作为您的计划福利的一部分。为参保 Aetna Better Health Plan（一项部分定额计费计划）的会员提供的非紧急医疗交通接送服务现在将由 New York 州卫生部全州交通协调员安排，称为医疗应答服务 (Medical Answering Services, MAS)。这不会对您的任何其他医疗福利有任何影响。

若要在 2024 年 3 月 1 日或之后安排非紧急医疗交通接送，您或您的医疗服务提供者必须联系 MAS (https://www.medanswering.com/) 或致电 844-666-6270（州南部）或 866-932-7740（州北部）。您或您的医疗服务提供者应尽可能在约诊前至少提前三天联系 MAS，并提供您的约诊详情（日期、时间、地址和医疗服务提供者姓名）以及您的 Medicaid ID 号码。

若要了解有关这些服务的更多信息，请访问卫生部交通接送网页。

某些符合标准且具有医疗必要性的促排卵药物。

Aetna Better Health of New York 或 Medicaid 不承保的服务

如果您的提供者事先告知服务不在 Aetna Better Health of New York 或 Medicaid 的承保范围内，并且您同意为这些服务付费，则您必须为这些不承保的服务付费：

Aetna Better Health of New York 或 Medicaid 不承保的服务的示例：

- 不具有医疗必要性的整容手术
- 个人及舒适用品
- 不属于计划的提供者提供的服务（除非 Aetna Better Health of New York 将您转诊至该提供者处）

如果您有任何疑问，请致电 **1-855-456-9126** 联系会员服务部。

服务授权、行动和行动上诉

当您请求批准某项治疗或服务时，这称为**服务授权请求**。要提交服务授权请求，您必须

服务授权步骤

以下为预先批准步骤：

- 您的提供者向 Aetna Better Health 提供有关其认为您需要的服务的信息。
- Aetna Better Health 审核该信息。
- 如果无法批准请求，则另一位 Aetna Better Health 提供者将审核该信息。
- Aetna Better Health 做出决定后会通知您。我们将向您和您的提供者寄送信函，告知我们的决定。当服务被批准或拒绝时，您和您的提供者将收到一封信函。
- 如果请求被拒绝，信函中会说明原因。
- 如果服务被拒绝，您或您的提供者可以提出上诉。

我们将按一定金额和特定期限对服务进行授权。这称为**授权期**。

事先授权

某些承保服务需要我们的事先授权工作人员进行事先授权（预先批准），然后您才能获得或继续获得这些服务。您或您信任的人士可以提出此请求。您必须先获得批准，然后才能获得以下治疗和服务：

- 医疗/成人日间健康护理
- 看护
- 听觉服务和助听器
- 牙科服务
- 膳食补充剂和营养咨询
- 耐用医疗设备，包括医疗/手术用品、假体、矫形器和矫形鞋、拐杖、病床、轮椅、氧气设备和助行器
- 居家护理 — 专业/持照护士（RN 或 LPN）物理治疗、职业治疗、言语病理学、医疗社会服务
- 居家护理 — 非持照居家健康助理 (Home Health Aides, HHA)
- 送餐到家或共餐服务
- 医疗用品
- 疗养院护理
- 个人护理，包括家务、做饭、沐浴、如厕
- 个人紧急应答系统 (Personal Emergency Response System, PERS)
- 足疗
- 假体和矫形器
- 呼吸治疗 — 医疗设备、用品、呼吸治疗和氧气设备
- 社会和环境支持
- 社交型日间护理
- 言语治疗
- 视力服务
- 远程医疗
- 消费者主导个人援助服务 (CDPAS)

同步审核

您也可以向护理经理要求获得比现在更多的服务。这称为**同步审核**。

回顾性审核

我们有时会审核您正在接受的护理，以了解您是否仍然需要该护理。我们还可能会审核您已经获得的其他治疗和服务。这称为**回顾性审核**。如果我们进行这些审核，我们会告诉您。

我们收到您的服务授权请求后会怎样?

本计划设有一个审核团队，致力于确保您获得我们承诺的服务。审核团队中有医生和护士。他们的工作是确保您要求获得的治疗或服务具有医疗必要性并且适合您。为此，他们会根据可接受的医疗标准检查您的治疗计划。

我们可能会决定拒绝某个服务授权请求或按照少于所请求金额的金额予以批准。这些决定将由合格的医疗保健专业人员做出。如果我们判定所请求的服务不具有医疗必要性，则决定将由临床同行审核员做出，他们可能是医生、护士或通常提供您所请求的护理的医疗保健专业人员。您可以请求使用特定医疗标准（称为**临床审核标准**）就与医疗必要性相关的行动做出决定。

收到您的请求后，我们将根据**标准**或***快速***流程对其进行审核。如果认为延迟会对您的健康造成严重损害，您或您的医生可以要求进行*快速*审核。如果您的*快速*审核请求被拒绝，我们会通知您并按照标准审核流程处理您的请求。在所有情况下，我们都会根据您的医疗状况需要尽快审核您的请求，但不会迟于下述时间。

事先授权请求的期限

- **标准审核：**我们将在获得所需全部信息后的 3 个工作日内就您的请求做出决定，而您将在我们收到您请求后的 14 天内收到我们的回复。如果我们需要更多信息，我们会在 14 天内通知您。
- **快速审核：**我们将做出决定，且您将在 72 小时内收到我们的回复。如果我们需要更多信息，我们会在 72 小时内通知您。

同步审核请求的期限

- **标准审核：**我们将在获得所需全部信息后的 1 个工作日内做出决定，而您将在我们收到您请求后的 14 天内收到我们的回复。
- **快速审核：**当我们获得所需全部信息后，我们将在 1 个工作日内做出决定。您将在我们收到您请求后的 72 小时内收到我们的回复。如果我们需要更多信息，我们会在 1 个工作日内通知您。

如果我们需要更多信息才能就您的服务请求做出标准或快速决定，则上述期限可延长最多 14 天。我们将：

- 致函告诉您需要哪些信息。
- 如果您的请求适用快速审核，我们会立即致电，然后再寄送书面通知。
- 告知为何延迟符合您的最佳利益。
- 在收到必要信息后尽快做出决定，但不会迟于我们要求提供更多信息后 14 天。

您、您的提供者或您信任的人士也可以要求我们花更多时间做出决定。这可能是因为您可以向计划提

供有助于对您的个案做出决定的更多信息。为此，可致电 **1-855-456-9126** 或致函。

如果您不同意我们花更多时间审核您请求的决定，您或您信任的人士可以向计划提出投诉。您或您信任的人士也可以致电 **1-866-712-7197** 就审核时间向 New York 州卫生部提出投诉。

如果我们批准您的部分或全部请求，我们将授权提供服务或所要求的用品。

如果我们拒绝您的部分或全部请求，我们将向您寄送书面通知，说明我们拒绝的原因。请参阅“***如何提出行动上诉？***”，其中说明了您不同意我们决定的情况下如何提出上诉。

什么是行动？

当 Aetna Better Health of New York 拒绝或限制您或您的提供者请求的服务；拒绝转诊请求；决定所请求的服务不是承保福利；限制、减少、暂停或终止我们已经授权的服务；拒绝支付服务费用；未提供及时的服务；或未在要求的期限内对投诉或上诉做出决定时，则被视为计划“行动”。行动可能会受到上诉。（有关更多信息，请参阅下文的“*如何提出行动上诉？*”。）

行动通知的时间安排

如果我们决定拒绝或限制您请求的服务，或者决定不支付某项承保服务的全部或部分费用，我们会在做出决定后向您寄送通知。如果我们提议限制、减少、暂停或终止授权服务，我们将在打算变更服务之前至少提前 10 天向您寄送信函。

行动通知的内容

我们向您寄送的任何行动相关通知都将：

- 说明我们已经采取或打算采取的行动。
- 注明采取行动的原因，包括临床依据（如有）。
- 描述您向我们提出上诉的权利（包括您是否还可能有权使用州立外部上诉流程）。
- 描述如何提出内部上诉以及在何种情况下可要求我们加快（加急）审核您的内部上诉。
- 描述在做出决定时所依据的临床审核标准（如果行动涉及医疗必要性问题，或者有争议的治疗或服务属于试验性质或研究性质）；以及
- 描述您和/或您的提供者必须提供的信息（如有），以便我们对上诉做出决定。

通知还将告知您对提出上诉和要求举行州立公平听证会所享有的权利：

- 它将说明上诉和公平听证会之间的区别。
- 它还会说明您必须在要求举行公平听证会之前提出上诉；以及
- 它将说明如何提出上诉。

如果我们减少、暂停或终止某项授权服务，通知还将告知您在我们就您的上诉做出决定期间要求继续获得服务的权利。要继续获得服务，您必须在通知所载日期后 10 天内或拟定行动的预计生效日期之前（以较晚者为准）提出上诉。

如何对行动提出上诉?

如果您不同意我们采取的行动，您可以提出上诉。当您提出上诉时，这意味着我们必须重新审视我们采取行动的原因，以决定我们是否正确。您可以通过口头或书面形式就某项行动向计划提出上诉。当计划向您寄送有关其正在采取的行动（如拒绝或限制服务，或不支付服务费用）的信函时，您必须在通知所载日期后的 60 天内提出上诉请求。如果我们要减少、暂停或终止授权服务，而您希望在上诉决定期间继续获得服务，则您必须在通知所载日期后 10 天内或拟定行动的预计生效日期之前（以较晚者为准）提出上诉。

如何联系我的计划以提出上诉?

您可通过致电 **1-855-456-9126** 或写信至 PO Box 81040, 5801 Postal Road, Cleveland, OH 44181 联系我们。收到您上诉的人员将予以记录，并且将由适当的工作人员监督上诉的审核。我们将向您寄送通知，告知我们已收到您的上诉，并说明我们将如何处理。您的上诉将由具备相关知识且未参与计划初始决定或所上诉行动的临床工作人员进行审核。

对于某些行动，您可请求在上诉流程期间继续获得服务

如果您就目前已获授权接受的服务受到的限制、减少、暂停或终止提出上诉，则在上诉决定期间，您必须提出计划上诉，以便继续接受这些服务。如果您在有关限制、减少、暂停或终止服务的通知所载日期后 10 天内或拟定行动的预计生效日期之前（以较晚者为准）提出计划上诉，则我们必须继续为您提供服务。要了解如何提出计划上诉以及如何寻求后续援助，请参阅上文的“***如何提出行动上诉？”***。

尽管您可以要求继续获得服务，但如果有关计划上诉的决定不利于您，则我们可能会要求您支付这些服务的费用，前提是提供这些服务仅仅是因为您要求在个案审核期间继续接受这些服务。

计划就我对行动提出的上诉做出决定需要多长时间?

除非您的上诉得到快速处理，否则我们会按标准上诉流程审核您对我们采取的行动提出的上诉。我们将根据您的健康状况需要尽快向您寄送书面决定，但不会迟于我们收到上诉后的 30 天。（如果您要求延期或我们需要更多信息，且延迟符合您的利益，则审核期可延长最多 14 天。）在我们审核期间，您将有机会亲自及以书面形式陈述您的个案。我们还将给您寄送属于上诉审核一部分的记录。

我们将给您寄送通知，告知我们对您的上诉所做的决定，其中将指明我们所做的决定以及我们做出决定的日期。

如果我们推翻拒绝或限制所请求服务的决定，或者推翻限制、减少、暂停或终止服务的决定，并且在上诉待决期间未提供该服务，则我们将根据您的健康状况需要尽快为您提供有争议的服务。在某些情况下，您可以请求*"快速"*上诉。（请参阅下文的**"快速上诉流程"**部分。）

快速上诉流程

如果上诉关于您要求提供更多已在接受的服务，我们会加快审核速度。如果您或您的提供者认为标准上诉所花费的时间可能对您的健康或生命造成严重问题，您可要求对您就行动提出的上诉进行快速审核。我们将在收到所有必要信息后的 2 个工作日内回复我们的决定。无论如何，我们公布决定的时间都不会超过我们收到您上诉后的 72 小时。（如果您要求延期或我们需要更多信息，且延迟符合您的利益，则审核期可延长最多 14 天。）

如果我们不同意您的加急上诉请求，我们将尽最大努力亲自与您联系，告知我们已拒绝您的*快速*上诉请求并将按标准上诉对其进行处理。此外，我们将在收到您请求后的 2 天内给您寄送书面通知，告知我们决定拒绝您的*快速*上诉请求。

如果计划拒绝我的上诉，该怎么办?

如果就您的上诉做出的决定不完全对您有利，您收到的通知将说明您向 New York 州请求举行 Medicaid 公平听证会的权利以及如何举行公平听证会、谁可以代表您出席公平听证会，以及（对某些上诉而言）您在听证会待决期间请求获得服务的权利和如何提出请求。

注：您必须在最终不利裁决通知所载日期后的 120 天内请求举行公平听证会。如果我们因医疗必要性问题或因有争议的服务属于试验性质或研究性质而拒绝您的上诉，则该通知还将说明如何就我们的决定向 New York 州提出"外部上诉"。

州立公平听证会

如果我们拒绝您的计划上诉或未能在上文***"计划就我对行动提出的上诉做出决定需要多长时间？"***规定的期限内提供最终不利裁决通知，则您可以向 New York 州请求举行公平听证会。公平听证会的决定可以推翻我们的决定。您必须在我们向您寄送最终不利裁决通知之日后的 120 天内请求举行公平听证会。
如果我们将减少、暂停或终止某项授权服务，而您希望确保在公平听证会待决期间继续获得服务，则您必须在最终不利裁决通知所载日期后 10 天内请求举行公平听证会。

您的福利将继续提供，直到您撤销公平听证会或州公平听证官颁发不利于您的听证会决定，以较早者为准。

如果州公平听证官推翻我们的决定，则我们必须确保根据您的健康状况需要尽快提供有争议的服务。如果您在上诉待决期间接受了有争议的服务，我们将负责支付公平听证官裁定的承保服务费用。

尽管您可以在等待公平听证会决定期间要求继续获得服务，但如果公平听证会没有做出对您有利的决定，则您可能需要负责支付公平听证会所讨论的服务的费用。

您可以联系临时救济与残障援助办公室 (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA)，请求举行州立公平听证会：

在线申请表：请求听证会 | 公平听证会 | OTDA (ny.gov)邮寄可打印的申请表：

NYS Office of Temporary and Disability Assistance Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit:
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023
传真可打印的申请表：**518-473-6735**
通过电话申请：
标准公平听证会热线 — **1-800-342-3334**
紧急公平听证会热线 — **1-800-205-0110**
TTY 专线 — **711**（要求接线员致电 **1-877-502-6155**）

亲自申请：

New York City
5 Beaver Street, New York, New York, 1000**4**

Albany
40 North Pearl Street, 15th Floor Albany, New York 12243

有关如何请求举行公平听证会的更多信息，请访问：
http://otda.ny.gov/hearings/request/

州立外部上诉

如果我们因认定服务不具有医疗必要性或属于试验性质或研究性质而拒绝您的上诉，您可向 New York 州提出外部上诉。外部上诉将由不为我们或 New York 州工作的审核员决定。这些审核员是经 New York 州批准的合格人员。您无需支付外部上诉费用。

当我们因缺乏医疗必要性或基于服务的试验性质或研究性质而做出拒绝上诉的决定时，我们将为您提供有关如何提出外部上诉的信息，包括用于提出外部上诉的申请表以及我们拒绝上诉的决定。如果您想要提出外部上诉，您必须在自我们拒绝您上诉之日起的四个月内，向 New York 州金融服务管理局提交申请表。

您的外部上诉将在 30 天内获得决定结果。如果外部上诉审核员要求提供更多信息，则可能需要更多时间（最多增加 5 个工作日）。审核员将在做出决定后的两个工作日内，告知您（以及我们）最终决定。

如果您的医生指出延迟将严重损害您的健康，则您可以获得快速决定。这称为快速外部上诉。外部上诉审核员将在 72小时内做出快速上诉决定。审核员将立即通过电话或传真告知您（以及我们）决定的结果。稍后，将寄送信函告知您相关决定。
您可同时要求举行公平听证会及提出外部上诉。如果您要求举行公平听证会及提出外部上诉，则以公平听证官的决定为准。

投诉与投诉上诉

Aetna Better Health of New York 将尽其所能尽快以您满意的方式处理您的顾虑或问题。您可根据您的问题类型，使用我们的投诉流程或上诉流程。

Aetna Better Health of New York 工作人员或医疗服务提供者并不会因为您提出投诉或上诉而变更您的服务或改变对您的态度。我们将维护您的隐私。我们将提供您在提出投诉或上诉时可能需要的任何帮助。这包括为您提供口译服务或帮助（如果您有视力和/或听力问题）。您可选择某人（例如亲戚、朋友或提供者）作为您的代表。

要提出投诉，请致电：**1-855-456-9126** 或写信至：PO Box 81040 5801 Postal Road Cleveland, OH 44181。当您联系我们时，需要提供姓名、地址、电话号码和问题详细信息。

什么是投诉?

投诉是指您通过任何方式与我们沟通，以表达您对我们工作人员或承保服务提供者提供给您的护理与治疗的不满。例如，如果某人以粗鲁方式对待您、不露面，或您不喜欢我们提供的护理或服务的品质，则您可以向我们提出投诉。

投诉流程

您可以口头或书面方式向我们提出投诉。收到您投诉的人员将予以记录，并且将由适当的计划工作人员监督投诉的审核。我们将向您寄送信函，告知我们已收到您的投诉，并介绍我们的审核流程。我们将在一定的期限内（两种期限之一）审核您的投诉并书面答复您。

1. 如果延迟会显著增加您的健康风险，我们将在收到必要信息后的 48 小时内做出决定，但该流程必须在收到投诉后的 7 天内完成。
2. 对于所有其他类型的投诉，我们将在收到必要信息后的 45 天内告知我们的决定，但该流程必须在收到投诉后的 60 天内完成。如果您请求延迟，或如果我们需要更多信息且延迟符合您的利益，该审核期可延长最多 14 天。

我们将在回复中说明我们在审核您的投诉过程中的发现，以及我们对投诉所做的决定。

如何对投诉决定提出上诉?

如果您不满意我们对您的投诉所做的决定，您可通过提出投诉上诉，要求再次审核您的问题。您必须以口头或以书面方式提出投诉上诉。该上诉必须在收到我们对您的投诉所做初始决定后的 60 个工作日内提出。收到您的上诉后，我们将在 15 个工作日内向您寄送书面确认函，告知我们指定的上诉回复人的姓名、地址以及电话号码。所有投诉上诉均由未参与初始决定的适当专业人员处理，包括处理涉及临床问题投诉的医疗保健专业人员。

对于标准投诉上诉，我们将在收到做出决定所需的全部必要信息后的 30 个工作日内做出上诉决定。如果延迟做出决定会显著增加您的健康风险，我们将使用*快速*投诉上诉流程。对于*快速*投诉上诉，我们将在收到必要信息后的 2 个工作日内做出上诉决定。对于标准与*快速*投诉上诉，我们均会书面通知对您的投诉上诉所做的决定。通知将包含决定的详细原因，以及决定的临床依据（如果涉及临床问题）。

参保者监察官

参保者监察官是一个独立组织，也称为独立消费者维权网络 (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN)，负责向 New York 州的长期护理接受者提供免费的监察官服务。您可以获得有关承保范围、投诉和上诉选项的免费独立建议。他们可以帮助您管理上诉流程。他们还可以在您参保 Aetna Better Health of New York 等 MLTC 计划之前提供支持。此类支持包括公正保健计划选择咨询和一般计划相关信息。联系 ICAN 以详细了解其服务：

- 电话：**1-844-614-8800（TTY 转接服务：711）**
- **网站：www.icannys.org | 电子邮箱：ican@cssny.org**

从 Aetna Better Health of New York MLTC 计划退保

您不会因以下任何原因而从 MLTC 计划退保：

- 大量使用承保医疗服务
- 现有病情或健康状况变化
- 因特殊需求导致心智退化或不配合、破坏性行为，除非该行为导致您不符合 MLTC 的资格。

自愿性退保

您可以随时以任何原因要求退出 Aetna Better Health of New York。要请求退保，请致电 **1-855-456-9126**，或者给我们寄信。计划将向您提供对您请求的书面确认。我们将附上一份自愿性退保书，供您签名后寄回。这可能需要最多六周时间进行处理，具体取决于我们收到您请求的时间。只要您符合资格，您就可以在退保后加入常规 Medicaid 或另一个保健计划。如果您需要继续获得 CBLTSS（如个人护理），则您必须加入另一个 MLTC 计划、Medicaid 管理式护理计划或基于家庭和社区的服务豁免计划，才能接受 CBLTSS。

转移

您可以试用计划 90 天。您可在这段时间内随时退出 Aetna Better Health of New York 并转移及加入另一个计划。如果您没有在最初的 90 天内退出，则除非理由充分（正当理由），否则您必须继续参保 Aetna Better Health of New York 九个月时间。

- 您搬离我们的服务区域。
- 您、本计划和您所在县的社会服务部或 New York 州卫生部都认为退出 Aetna Better Health of New York 对您最有利。
- 目前的居家护理提供者未与我们的计划达成合作。
- 我们未能按照与州政府签订的合约要求向您提供服务

如果您符合资格，则可以在任何时候变更为其他类型的管理式长期护理计划，如 Medicaid Advantage Plus (MAP) 或老人综合护理计划 (Programs of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)，而无需提出正当理由

要变更计划：致电 New York Medicaid Choice，电话：**1-888-401-6582**。New York Medicaid Choice 顾问可帮助您变更保健计划。

参保新计划可能需要两到六周时间才能生效。您将收到 New York Medicaid Choice 的通知，告知您参保新计划的日期。Aetna Better Health of New York 将在此之前提供您所需的护理。

如果由于转移计划所需的时间会危害您的健康，您需要申请加快行动，请致电 New York Medicaid Choice。如果您已告知 New York Medicaid Choice，您不愿参保 Aetna Better Health of New York，也可以要求他们加快行动。

非自愿性退保

非自愿性退保指由 Aetna Better Health of New York 发起的退保。如果您未请求自愿退保，我们必须在知道您符合任何非自愿性退保理由后的五 (5) 个工作日内发起非自愿性退保。

如果满足以下情况，您必须退出 Aetna Better Health of New York：

- 不再符合参保 Medicaid 的资格。
- 永久搬离 Aetna Better Health of New York 的服务区域。
- 连续 30 天以上离开计划服务区域。
- 需要疗养院护理，但不符合 Medicaid 机构型福利的资格。
- 住院，或参加精神健康办公室、发育障碍人士办公室或酒精和物质滥用服务住宿型治疗计划连续四十五天 (45) 天或以上。
- 被评估为不再对每月一次的 CBLTSS 具有功能性或临床性需要。
- 仅拥有 Medicaid，并且根据指定的评估工具确定，不再需要疗养院级护理。
- 接受社交型日间护理作为您的唯一服务。

- 不再需要及接受每月至少一次的 CBLTSS。
- 在社区生活期间的任何重新评估中确定您不再对 CBLTSS 具有功能性或临床性需要。
- 被捕入狱。
- 在关于您的计划会员资格的任何实质性方面，您向计划提供伪造的信息，或试图欺骗计划，或进行任何欺诈行为。

如果满足以下情况，我们可以要求您退出 Aetna Better Health of New York：

- 您、家庭成员或非正式照护者或家中其他人员从事严重妨碍本计划提供服务的举止或行为
- 在首次到期后 30 天内，没有支付或安排支付由当地社会服务部确定的欠付计划的合理支出抵降保费/剩余费用的金额。我们将进行合理程度的催收。

在非自愿性退保之前，Aetna Better Health of New York 将获得 New York Medicaid Choice (NYMC) 或州政府指定的实体的批准。退保的生效日期为您不符合参保资格次月的第一天。如果您需要继续获得 CBLTSS，您将被要求选择另一个计划，或者您将被自动分配到另一个计划。

文化和语言能力

Aetna Better Health of New York 尊重您的信仰，并且对文化多样性非常敏感。我们尊重您的文化与文化身份，并努力消除文化差异。我们拥有一个具有包容的文化能力的提供者网络，促进和确保以文化上适当的方式向所有会员提供服务。这包括但不限于那些英语能力有限、不同文化和种族背景的人员，以及具有多种信仰的社群。

会员权利与责任

Aetna Better Health of New York 将尽一切努力确保所有会员得到尊重和重视。在参保时，您的护理经理将向您说明您的权利与责任。如果您需要口译服务，您的护理经理将为您安排。我们的工作人员将尽一切努力协助您行使您的权利。

会员权利

- 您有权接受具有医疗必要性的护理。
- 您有权及时获得护理及服务。
- 您有权保持您的医疗记录及所接受治疗的隐私。
- 您有权获得以您能理解的方式及语言提供的可用治疗方案及替代方案的信息。
- 您有权获得以您能理解的语言提供的信息；您可免费获得口译服务。
- 您有权在治疗开始前，获得签署知情同意书所必需的信息。

- 您有权受到尊重及维持尊严。
- 您有权获得您的医疗记录副本，并要求修订或更正该记录。
- 您有权参与有关您的医疗护理的决定，包含拒绝治疗的权利。
- 您有权不受任何作为胁迫、惩罚、便利或报复手段使用的限制或隔离。
- 您有权获得护理，不分性别、种族、健康状况、肤色、年龄、原国籍、性取向、婚姻状况或信仰。
- 您有权获知何时、何地以及如何从您的管理式长期护理计划获得所需的服务，包括在计划网络无法提供该等服务时，如何从网络外提供者处获得承保福利。
- 您有权向 New York 州卫生部或当地社会服务部提出投诉。
- 您有权根据情况使用 New York 州公平听证会系统和/或 New York 州外部上诉。
- 您有权指定他人在您的护理和治疗方面替您发言。
- 您有权向参保者监察官计划寻求帮助。

会员责任

- 通过 Aetna Better Health of New York 接受承保服务。
- 在网络内提供者可用的情况下，使用 Aetna Better Health of New York 网络内提供者获得承保服务。
- 获得承保服务的事先授权，但预先批准的承保服务或紧急情况除外；如果您的健康状况发生变化，则由您的医生进行看诊。
- 与您的医疗服务提供者分享完整和准确的健康资讯。
- 将您健康状况的任何变化告知 Aetna Better Health of New York 工作人员，如果您不理解或无法遵循指示，也请告诉他们。
- 遵循 Aetna Better Health of New York 工作人员建议的护理计划（结合了您的意见）。
- 与 Aetna Better Health of New York 工作人员合作并尊重他们，不因种族、肤色、原国籍、宗教、性别、年龄、精神或身体情况、性取向或婚姻状况而歧视 Aetna Better Health of New York 工作人员。
- 在接受非承保或非预先批准的服务后，在两个工作日内告知 Aetna Better Health of New York。
- 当您不能在家中接受为您安排的服务或护理时，请提前通知您的 Aetna Better Health of New York 医疗服务团队。
- 在永久搬离服务区域或长期离开服务区域之前通知 Aetna Better Health of New York。
- 如果您拒绝治疗或不遵循照护者的指示，您需要承担相应责任。

- 履行财务义务。

预立医疗指示

预立医疗指示是法律文件，确保当您无法为自己做决定时，您的要求能够得到满足。预立医疗指示可以是医疗护理委托书、生前遗嘱或不施行心肺复苏术医嘱。这些文件可以指示在某些情况下您希望得到怎样的护理，和/或可以授权某位家庭成员或朋友代表您做出决定。

您有权按照自己的意愿做出预立医疗指示。对您来说，最重要的是记录您希望在您因疾病或受伤而无法与提供者进行知情交流的情况下，如何继续得到护理。请联系您的护理经理，获得填写这些文件的帮助。如果您已有预立医疗指示，请与您的护理经理分享副本。

根据请求提供的信息

- 有关 Aetna Better Health of New York 的结构和运作的信息。
- 与特定健康状况有关的特定临床审核标准，以及 Aetna Better Health of New York 在授权服务时考量的其他信息。
- 有关受保护健康信息的政策和程序。
- 有关品质保证和绩效改进计划的组织安排和现行程序的书面描述。
- 提供者资格认证政策。
- Aetna Better Health of New York 经认证的财务报表的最新副本；Aetna Better Health of New York 用于确定提供者资格的政策和程序。

电子通知选项

Aetna Better Health of New York 和我们的供应商可能会通过电子方式（而不是通过电话或邮件）向您发送有关服务授权、计划申诉、投诉和投诉上诉的通知。

我们可能会通过电子邮件或传真向您发送这些通知。 发送或接收电子邮件和/或传真可能会收取数据费用。

如果您想以电子方式获取这些通知，您必须向我们提出要求。如要获取电子通知，请通过电话、电子邮件、传真或邮件联系我们：

电话..... **1-855-456-9126**
电子邮箱..... **NY_MemberServices@AETNA.com**
传真..... **1-855-863-6421**
邮寄..... **PO Box 818089, Cleveland, OH 44181-8089**

当您联系我们时，您必须：

- 告诉我们您希望如何接收通常通过邮件寄送的通知，
- 告知我们您希望如何获取通常通过电话提供的通知，以及
- 向我们提供您的联系信息（手机号码、电子邮件地址、传真号码等）。

Aetna Better Health of New York 将通过邮件告知，您已要求以电子方式获取通知。

隐私规则通告

本通告说明如何使用和披露与您相关的医疗信息以及您如何获取相关信息。请仔细检阅本通告。

本通知于 2012 年 5 月 2 日生效。

“健康信息”一词有什么含义？[1]

我们使用“健康信息”一词来指代可识别您的身份的信息。包括您的：

- 姓名
- 出生日期
- 您接受过的医疗护理
- 就您接受的护理支付的费用

我们会如何使用和披露您的健康信息

协助您的医疗护理事宜：我们可能会使用您的健康信息来协助您的医疗护理事宜。我们也可能会使用这些信息来决定您的福利承保哪些服务。向您告知您可以获取的服务。这可以是健康检查或医学检测。我们还可能会使用这些信息来提醒您进行预约。并向为您提供医疗护理的其他方披露您的健康信息。他们可能是医生或药店。若您退出我们的计划，经您同意，我们会把您的健康信息提供给您的新医生。

亲友：我们可能会向为您提供帮助的人士披露您的健康信息。他们可能是为您的医疗护理提供协助的人，或帮助支付您的护理费用的人。例如，若您发生意外，我们可能需要与其中某位人士交谈。若您不希望我们披露您的健康信息，请与我们联络。

若您未满十八岁并且不希望我们向您的父母披露您的健康信息，请与我们联络。若州法律允许，在某些情况下我们可提供协助。

[1] 在本通知中，“Aetna”和代词“我们”、“我们的”是指所有 HMO 和 Aetna Inc. 的授权保险子公司。出于联邦隐私目的，这些实体已被指定为单一附属实体。

关于付款：我们可能会向支付您的护理费用的其他人士披露您的健康信息。您的医生必须向我们提交含有您的健康信息的赔付申请表。我们可能还会使用您的健康信息来调查您的医生为您提供的护理。此外，我们还会检查您的医疗服务的使用情况。

医疗护理运营：我们可能会使用您的健康信息来帮助我们开展工作。例如，我们可能出于以下目的使用您的健康信息：

- 健康宣传
- 个案管理
- 品质改进
- 预防欺诈
- 预防疾病
- 法律事宜

个案经理可能会与您的医生开展合作。个案经理可能会告诉您对您的病情有帮助的计划或场所。当您向我们来电咨询时，我们需要查看您的健康信息以为您解答。

向其他公司披露：我们可能会向其他公司披露您的健康信息，但只会出于上述目的进行披露。例如，您可能接受了计划承保的交通接送服务。这种情况下，我们会与提供服务的公司披露您的健康信息，以便接送您前往医生诊所。我们会告诉他们您是否要使用机动轮椅，以便他们派厢型车而不是汽车来接您。

我们可能会披露您的健康信息的其他理由：我们还可能会出于以下这些目的披露您的健康信息：

- 公共安全 – 为解决虐待儿童之类。危及公共健康的问题提供帮助。
- 研究 – 提供给研究员。研究结束后将对您的信息进行保密。
- 业务合作伙伴 – 提供给为我们提供服务的人士。
    - 他们承诺保护您的信息安全。
- 行业监管 – 提供给州与联邦机构。
    - 他们会对我们开展调查，以确保我们提供优质的服务。
- 执法 – 提供给联邦、州与地方执法人员。
- 法律行动 – 就诉讼或法律事宜向法庭披露。

我们需要您的书面同意的原因

除上述情况之外，我们需获得您的同意才能使用或披露您的健康信息。例如，在以下情况中，我们需获得您的同意：

- 出于与您的保健计划无关的营销目的。
- 披露任何心理治疗记录之前。
- 为了出售您的健康信息。
- 出于法律规定的其他目的。

您可以随时撤销您的同意。若要撤销您的同意，请书面通知我们。当我们做出与为您提供医疗保险有关的决定时，我们不能使用或披露您的遗传信息。

您有哪些权利

您有权查看您的健康信息。

- 您可向我们索取一份您的健康信息副本。
- 您可索取您的医疗记录。
- 请致电您的医生诊室或您接受治疗的机构。

您有权要求我们更改您的健康信息。

- 若您认为您的健康信息有误，您可要求我们进行修改。
- 若我们不同意您要求的修改，您可要求我们出示不同意的书面说明。

您有权获取一份我们曾向之披露您的健康信息的人员或团体名单。

您有权要求我们以私密的方式联络您。

- 若您认为我们联络您的方式不够私密，请与我们联络。
- 我们将尽一切努力以更私密的方式联络您。

您有权要求我们特别注意使用或披露您的健康信息的方式。

- 我们可能会按本通告中所述的方式使用或披露您的健康信息。
- 您可以要求我们不以这些方式使用或披露您的信息。这包括向参与您的医疗护理的人士披露。
- 我们不一定会同意，但是我们会认真考虑您的要求。

您有权知道您的健康信息是否未经您同意而向他人披露。

- 若我们采取此类行动，我们将写信告诉您。

拨打免费电话 **1-855-456-9126**：

- 要求我们采取上述任何行动。
- 向我们索取本通告的纸质副本。
- 向我们提出关于本通告的任何问题。

您还有权向我们提出投诉。若您认为您的权利受到侵犯，可寄信至以下地址：
Aetna Better Health® of New York
P.O. Box 818089
Cleveland, OH 44181-8089

您还可向美国卫生与公众服务部民权办公室提出投诉。请致电我们获取地址。

若您感到不满并向民权办公室提出投诉，您不会丧失计划的会员资格或医疗保健服务。我们不会因您的投诉而针对您。

保护您的信息

我们采取了特定的措施来保护您的健康信息，如：

- 管理措施。我们设有相关条例，规定我们如何使用您的健康信息，无论是书面、口头或电子形式的信息。
- 物理措施。您的健康信息将被上锁并存放在安全的地方。我们的电脑及办公大楼设有限制存取及进入的安保措施。这有助于防止未经授权的存取及进入。
- 技术措施。仅可以根据“基于职责”的方式查阅您的健康信息。这限制了只有工作上有需要以及为您提供护理的人才能查阅。

我们遵守所有州和联邦法律以保护您的健康信息。

我们是否会修改本通告

法律规定，我们必须对您的健康信息保密。我们必须遵守本通告中所述的内容。但我们同时也有权利修改本通告。若我们修改了本通告，修改的内容也适用于我们已掌握的或在将来掌握的您的所有信息。您可在我们的网站 **AetnaBetterHealth.com/NewYork** 上获取最新通知的副本

非歧视通告

Aetna Better Health of NY 遵守联邦民权法。**Aetna Better Health of NY** 不会因种族、肤色、原国籍、年龄、残障或性别将人拒之门外或给予他们差别待遇。

Aetna Better Health of NY 提供以下服务：

- 向残障人士提供免费协助和服务，帮助他们与我们进行沟通，比如：
  - 合格的手语翻译员
  - 其他格式（大字印刷、音频、可读取的电子格式、其他格式）的书面信息
- 向母语并非英语的人士提供免费语言服务，比如：
  - 合格的翻译员
  - 用其他语言书写的信息

如果您需要这些服务，请拨打 1-855-456-9126 联系 **Aetna Better Health of NY**。如需 TTY/TDD 服务，请拨打 NY 转接专线 711。

如果您认为 **Aetna Better Health of NY** 没有向您提供这些服务，或者由于您的种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而给予您区别对待，您可以通过以下方式向 **Aetna Better Health of NY** 提出申诉：

邮寄：	Attn: Civil Rights Coordinator P.O. Box 818001, Cleveland, OH 44181-8001
电话：	1-855-456-9126（TTY/TDD 服务请拨打 NY 转接专线 711）
传真：	1-855-264-3822
亲自前往：	101 Park Avenue, 15th Floor, New York, NY 10178
电子邮箱：	NY_GrievanceAppeals@aetna.com

您还可以向美国卫生与公众服务部民权办公室提出民权投诉：

网站：	民权办公室投诉门户网站： *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*
邮寄：	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 投诉表格可在 http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html 取得
电话：	1-800-368-1019（TTY/TDD 专线：800-537-7697）

Aetna Better Health of New York	♥aetna®
ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-385-4104.	English
ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-385-4104	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-385-4104	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-385-4104 (الصم هاتف رقم NY Relay 711)	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-1-800-385-4104 NY Relay 711 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-385-4104(телетайп: NY Relay 711)	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-385-4104 NY Relay 711	Italian
ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposes gratuitement. Appelez le 1-800-385-4104 NY Relay 711	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-385-4104 NY Relay 711	French Creole
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פונאפצאל. רופט 1-800-385-4104.	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-385-4104 NY Relay 711	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-385-4104 NY Relay 711	Tagalog
লক্ষ করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলেত পারেন, তাহলে দনঃখরচায় ভাষা সহায়তা পেতে সবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-800-385-4104NY Relay 711	Bengali
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-385-4104 NY Relay 711	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-385-4104 NY Relay 711	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال کریں 1-800-385-4104 (NY Relay 711)	Urdu
ध्यान दें: भाषा सहायता सेवाएं, निःशुल्क, आपके लिए उपलब्ध है। 1-800-385-4104 पर कॉल करें।	Hindi

AetnaBetterHealth.com/NewYork

©2024 Aetna Inc.

1376310-NY–CH (rev 2024)

aetna®

Aetna Better Health® of New York