

Aetna Better Health® of New York

101 Park Avenue, 15th Floor
New York, NY 10178



<Date>

<Name>

<Address>

<City, State Zip Code>

Aetna Better Health® of New York

年度變更通知

尊敬的 Aetna Better Health of New York 參保者：

我們想藉此機會感謝您繼續成為 **Aetna Better Health of New York** 管理式長期護理 (MLTC) 的會員。我們很高興成為您在醫療保健方面的合作夥伴，很榮幸能為您服務。我們提供本年度通知是為了告知您如何存取 **Aetna Better Health of New York** 醫療服務提供者目錄，您可以從 **Aetna Better Health of New York** 退保的方式，以及可以在我們的網站 www.Aetna Better Health.com/NY 上找到的其他資訊

- **Aetna Better Health of New York** 全年不斷增強其醫療服務提供者目錄。如果您希望將提供者目錄郵寄給您，或者您需要幫助尋找網絡內提供者，請致電 **1-855-456-9126** 聯絡會員服務部，我們使用 **NY 針對聽力障礙會員**，請致電 **New York 轉接電話 7-1-1**。
- 您也可以透過電子郵件將此請求發送至 NY_MemberServices@aetna.com。列印目錄每年更新一次。請瀏覽線上提供者目錄：
<https://www.aetnabetterhealth.com/ny/find-provider>
以查看最準確和最新的資訊。當發生影響您的變更時，您將收到通知。

年度退保權利通知

您參保 **Aetna Better Health of New York** 純屬自願。如果您認為自己不再需要長期護理服務，想轉至按服務收費的 **Medicaid** 或其他管理式長期護理計劃，您可以自願從 **Aetna Better Health of New York** 退保。如果您因對我們的計劃不滿而退保，請聯絡您的護理經理，以便我們解決您可能遇到的任何不滿或問題。在您向我們提供您希望退保的通知后，**Aetna Better Health of New York** 將向您發出書面通知，確認我們已收到您的退保意向，並且您將獲得終止保險的生效日期。退保生效日期為退保獲得處理月份的下個月的第一天。

aetnabetterhealth.com/newyork

NY-20-07-21 v8

您將被要求簽署一份自願退保表。Aetna Better Health of New York 將繼續提供承保福利，直至退保生效日期。在退保日期之後，我們將對 Aetna Better Health of New York 不再承保的替代服務進行所有必要的轉介。

請注意，如果您退保並繼續需要長期護理服務，您可能無法再透過 Medicaid 按服務收費 (FFS) 計劃獲得此類服務。您可以加入其他 MLTC、主流管理式護理計劃（如果僅限 Medicaid）或 New York 州豁免服務計劃（如果符合資格）。

此資訊也以其他格式提供。如果您可以上網，也可以在 <https://www.aetnabetterhealth.com/newyork> 上找到此通知以及其他重要的計劃資訊，例如會員手冊、隱私慣例通知和不歧視通知。

隨函附上隱私慣例通知和不歧視通知的更新版本以供記錄。

謹致，

會員服務部
Aetna Better Health of New York