इसमें एक साथ

सदस्य पुस्तिका

अपने स्वास्थ्य देखभाल लाभों के बारे में जानें

AetnaBetterHealth.com/NewYork

aetna®

Aetna Better Health® of New York

1376310-NY-HI (rev 6/2024)

व्यक्तिगत जानकारी

देखभाल प्रबंधक का नाम और टेलीफोन नंबर

देखभाल प्रबंधक सहयोगी का नाम और टेलीफोन नंबर

सदस्य सेवा टेलीफोन नंबर: **1-855-456-9126**

Aetna Better Health of New York

प्रबंधित दीर्घकालिक देखभाल (MLTC) कार्यक्रम

सदस्य पुस्तिका

376310-NY-HI (rev 6/24)

विषयवस्तु

नामांकन पुस्तिका 4
हम तक कैसे पहुंचे 4
सेवाओं की सूची 5
अन्य भाषाएँ/प्रारूप 5
MLTC योजना में नामांकन के लिए पात्रता 8
NEW YORK स्वतंत्र मूल्यांकनकर्ता कार्यक्रम - प्रारंभिक मूल्यांकन प्रक्रिया 9
योजना सदस्य (आईडी) कार्ड 12
अतिरिक्त कवर की गई सेवाएँ 14
सीमाएँ 15
सेवा क्षेत्र के बाहर देखभाल प्राप्त करना 15
आपातकालीन सेवा 16
संक्रमणकालीन देखभाल प्रक्रियाएं 16
MONEY FOLLOWS THE PERSON, MFP (मनी फॉलोज़ द पर्सन) /OPEN DOORS (ओपन डोर्स) 16
MEDICAID सेवाएँ जो हमारी योजना में शामिल नहीं हैं 17
फार्मेसी 17
कुछ मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ, जिनमें शामिल हैं: 17
कुछ बौद्धिक और विकासात्मक विकलांगता सेवाएँ, जिनमें शामिल हैं: 18
अन्य Medicaid सेवाएँ जिनमें शामिल हैं: 18
गैर-आपातकालीन चिकित्सा परिवहन शेड्यूलिंग 18
AETNA BETTER HEALTH OF NEW YORK या MEDICAID द्वारा कवर न की जाने वाली सेवाएं 19
सेवा प्राधिकरण स्टेप 19
पूर्व अनुमति 20
समवर्ती समीक्षा 20
पूर्वव्यापी समीक्षा 21
आपका सेवा प्राधिकरण अनुरोध प्राप्त होने के बाद क्या होता है? 21
पूर्व प्राधिकरण अनुरोधों के लिए समय-सीमा 21
समवर्ती समीक्षा अनुरोधों के लिए समय-सीमा 22
यदि हमें आपके सेवा अनुरोध के बारे में मानक या त्वरित निर्णय लेने के लिए अधिक जानकारी की आवश्यकता होगी, तो उपरोक्त समय-सीमा को 14 दिनों तक बढ़ाया जा सकता है। हम ऐसा करेंगे: 22
कार्यवाही क्या है? 22
कार्रवाई की सूचना का समय 23
कार्रवाई के नोटिस की विषय-वस्तु 23

मैं किसी कार्रवाई की अपील कैसे दायर करूँ? 24
मैं अपील दायर करने के लिए अपनी योजना से कैसे संपर्क करूं? 24
कुछ कार्यों के लिए आप अपील प्रक्रिया के दौरान सेवा जारी रखने का अनुरोध कर सकते हैं 24
किसी कार्रवाई के संबंध में मेरी अपील पर निर्णय लेने में योजना को कितना समय लगेगा? 25
त्वरित अपील प्रक्रिया 25
यदि योजना मेरी अपील को अस्वीकार कर दे तो मैं क्या कर सकता हूँ? 25
राज्य निष्पक्ष सुनवाई 26
Albany 27
राज्य बाह्य अपील 27
शिकायतें और शिकायत अपील 28
शिकायत क्या है? 28
शिकायत प्रक्रिया 28
मैं शिकायत निर्णय के विरुद्ध अपील कैसे करूँ? 29
सहभागी लोकपाल 30
AETNA BETTER HEALTH OF NEW YORK MLTC योजना से नामांकन रद्द 30
स्वैच्छिक नामांकन रद्द 30
स्थानांतरण 30
अनैच्छिक नामांकन रद्द 31
आपको Aetna Better Health of New York छोड़ना होगा यदि आप: 31
हम आपसे Aetna Better Health of New York छोड़ने के लिए कह सकते हैं यदि आप: 32
सांस्कृतिक और भाषाई योग्यता 32
सदस्य अधिकार और जिम्मेदारियाँ 33
सदस्य अधिकार 33
अग्रिम निर्देश 35
अनुरोध पर जानकारी उपलब्ध 35
गोपनीयता अभ्यास की सूचना 37
भेदभाव न करने की सूचना 42
अनुवाद सेवा 44

आपका स्वागत है

Aetna Better Health of New York प्रबंधित दीर्घकालिक देखभाल (MLTC) योजना में

हमें चुनने के लिए धन्यवाद! हम आपकी स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं में सहायता करने के लिए तत्पर हैं। यदि आपके पास कोई प्रश्न है या सेवाएं प्राप्त करने में कोई समस्या है, तो हम आपकी सहायता के लिए यहां हैं। नीचे दी गई जानकारी आपको शुरुआत करने में मदद करेगी।

MLTC योजना विशेष रूप से उन लोगों के लिए तैयार की गई है जिनके पास Medicaid है और जिन्हें स्वास्थ्य और समुदाय आधारित दीर्घकालिक सेवाएं और सहायता (Community Based Long Term Services and Supports, CBLTSS) जैसे घरेलू देखभाल और व्यक्तिगत देखभाल की आवश्यकता है, ताकि यदि संभव हो तो वे अपने घरों और समुदायों में ही रह सकें।

नामांकन पुस्तिका

यह पुस्तिका आपको Aetna Better Health of New York द्वारा प्रदान किए जाने वाले अतिरिक्त लाभों के बारे में बताती है, क्योंकि आप इस योजना में नामांकित हैं। इसमें यह भी बताया गया है कि आप Aetna Better Health of New York से सेवा का अनुरोध कैसे करें, शिकायत कैसे दर्ज करें, या उसका नामांकन कैसे रद्द करें।

कृपया इस पुस्तिका को संदर्भ के रूप में रखें, इसमें स्वास्थ्य सेवाएं प्राप्त करने के लिए स्वास्थ्य योजना का उपयोग करने के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी शामिल है। इसमें आपके प्रश्नों का उत्तर भी मिल जाना चाहिए। इसे पढ़ने के लिए कुछ मिनट निकालें और सुरक्षित स्थान पर रखें। यदि आपको इसे समझने में सहायता की आवश्यकता है, तो कृपया सदस्य सेवाओं को **1-855-456-9126** पर कॉल करें।

नामांकित व्यक्ति पहचान पत्र (ID) कार्ड

अब तक आपको अपना नामांकन ID कार्ड मिल गया होगा। इसे अपने साथ रखें और जब भी आपको Aetna Better Health द्वारा कवर की जाने वाली स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं की आवश्यकता हो, इसका उपयोग करें। यह बहुत महत्वपूर्ण है इसलिए इसे सुरक्षित रखें। कभी भी किसी अन्य व्यक्ति को अपना ID कार्ड इस्तेमाल न करने दें।

हम तक कैसे पहुंचे

सदस्य सेवाओं को **1-855-456-9126** पर कॉल करें, दिन में 24 घंटे, सप्ताह में 7 दिन। सुनने में अक्षम लोग कृपया NY Relay का उपयोग **711** या **1-877-662-4886 TTY/voz** पर करें। NY Relay आपको किसी से भी, कहीं भी, 24 घंटे, सप्ताह के 7 दिन कनेक्ट कर सकता है।

सेवाओं की सूची

कवर की गई सेवाएं वे सेवाएं हैं जिनके लिए हम भुगतान करेंगे क्योंकि आप Aetna Better Health of New York के नामांकित सदस्य हैं, और आपके पास Medicaid है। ये सेवाएँ नेटवर्क प्रदाता द्वारा प्रदान की जानी चाहिए। सटीक सेवा और आप कितनी बार और कितने समय तक सेवा प्राप्त करेंगे, यह आपकी चिकित्सा स्थिति, स्वास्थ्य और सामाजिक आवश्यकताओं पर आधारित है। सेवाओं की पूरी सूची पृष्ठ 13 पर देखी जा सकती है।

यदि आप कोई सेवा चाहते हैं और आपका प्रदाता नैतिक या धार्मिक कारणों से आपको वह सेवा नहीं देता है, तो कृपया सदस्य सेवाओं को टोल फ्री नंबर **1-855-456-9126** पर कॉल करें। हम आपको कवर की गई सेवा के लिए प्रदाता ढूंढने में मदद करेंगे या आपको सही सेवाएं प्राप्त करने में मदद करने के लिए एक नर्स की व्यवस्था करेंगे। आपको कोई बिल नहीं मिलना चाहिए या कवर की गई सेवाओं के लिए भुगतान नहीं करना चाहिए। यदि ऐसा है तो सदस्य सेवाओं को कॉल करें।

अन्य भाषाएँ/प्रारूप

यह आपके स्वास्थ्य देखभाल लाभ के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी है। इस जानकारी के अनुवादित संस्करण के लिए सदस्य सेवाओं को **1-855-456-9126** पर कॉल करें, या यदि श्रवण बाधित/TTY हैं तो NY Relay **711** पर कॉल करें; श्रवण बाधित लोगों के लिए, NY Relay आपको किसी से भी, कहीं भी, 24 घंटे, सप्ताह के 7 दिन संपर्क में रख सकता है।

這是關於您醫療福利的重要信息。請撥打 **1-855-456-9126** 聯絡會員服務部，或使用聽力障礙人士專用電話 TTY 時，撥打 **711** NY Relay, 索取此信息之翻譯版本。NY Relay 專為聽力障礙人士提供每週 7 天、每天 24 小時的全日服務，以便您隨時聯繫。

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.

उपयोगी जानकारी		
नाम	**फ़ोन, फ़ैक्स, ईमेल**	**पता**
Aetna Better Health of New York सदस्य सेवाएँ	**1-855-456-9126** फैक्स: **1-855-863-6421** वेबसाइट: **AetnaBetterHealth.com/NewYork**	Aetna Better Health of NY 101 Park Avenue 15th Floor New York, NY 10178
श्रवण बाधितों के लिए सेवाएं	New York Relay **7-1-1**	
आपातकालीन चिकित्सा सेवाएँ	**9-1-1**	
LIBERTY द्वारा प्रदान की गई दंत चिकित्सा सेवाएं	**1-855-225-1727** **(TTY 877-855-8039)**	
EyeQuest द्वारा प्रदान की गई दृष्टि सेवाएं	**1-855-873-1282** सोमवार – शुक्रवार 8 AM – 8 PM	
भाषा व्याख्या सेवाएं	Aetna Better Health of New York सदस्य सेवाओं को **1-855-456-9126** पर कॉल करें	
शिकायत और अपील	Aetna Better Health of New York सदस्य सेवाओं को **1-855-456-9126** पर कॉल करें फैक्स: **1- 855-264-3822**	New York Grievance & Appeals Department Attn: Civil Rights Coordinator PO Box 818001 Cleveland OH 44181-8001
धोखाधड़ी और दुर्व्यवहार हॉटलाइन	Aetna Better Health सदस्य सेवाओं को **1-855-456-9126** पर कॉल करें	
नासाउ काउंटी सामाजिक सेवा विभाग (Department of Social Services, DSS)	**516- 227-7474**	
सफ़ोक काउंटी सामाजिक सेवा विभाग (Department of Social Services, DSS)	**631-854-9935**	
New York City मानव संसाधन प्रशासन (Human	**1-877-422-8411**	

उपयोगी जानकारी		
नाम	**फ़ोन, फ़ैक्स, ईमेल**	**पता**
Resource Administration, HRA)		
NY एजिंग विभाग	एजिंग और विशेष ज़रूरतों वाले लोगों के लिए कार्यक्रमों और सेवाओं के बारे में अधिक जानकारी के लिए, **518-474-7012** पर कॉल करें	
NYS वित्तीय सेवा विभाग	**1-800-400-8882**	New York State Department of Financial Services PO Box 7209 Albany NY, 12224-0209
New York राज्य स्वास्थ्य विभाग प्रबंधित दीर्घ-कालिक देखभाल ब्यूरो New York राज्य स्वास्थ्य विभाग (शिकायतें)	राज्य की प्रबंधित दीर्घकालिक देखभाल पहल पर अतिरिक्त जानकारी के लिए, **1-866-712-7197** पर कॉल करें	
New York Medicaid Choice (मैक्सिमस)	**1-888-401-6582**	
मेडिकेड उत्तर सेवाएँ (Medicaid Answering Services, MAS))	**https://www.medanswering.com/** या कॉल करें **1-844-666-6270**	

सदस्य सेवाओं से सहायता

आप हमें किसी भी समय, सप्ताह के सातों दिन, 24 घंटे, नीचे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल कर सकते हैं।

सदस्य सेवाओं में आपकी सहायता करने के लिए कोई व्यक्ति मौजूद है:

- **1-855-456-9126** दिन में 24 घंटे, सप्ताह में 7 दिन
- श्रवण बाधित व्यक्तियों के लिए **1-855-456-9126 (NY Relay: 711)** पर कॉल करें

सदस्य किसी अन्य भाषा में जानकारी प्राप्त कर सकते हैं, या यदि वे श्रवण या दृष्टि बाधित हैं तो अपने केस मैनेजर या सदस्य सेवा प्रतिनिधि से संपर्क करके जानकारी प्राप्त कर सकते हैं।

MLTC योजना में नामांकन के लिए पात्रता

MLTC योजना उन लोगों के लिए है जिनके पास Medicaid है। आप MLTC योजना में शामिल होने के पात्र हैं यदि आप:

1. आपकी आयु 21 वर्ष या उससे अधिक है,
2. योजना के सेवा क्षेत्र में निवास करना, जो Manhattan, Brooklyn, Queens, Bronx, Nassau और Suffolk हैं,
3. Medicaid प्राप्त करें,
4. केवल मेडिकेड है **और** नर्सिंग होम स्तर की देखभाल के लिए पात्र हैं
5. नामांकन के समय अपने स्वास्थ्य और सुरक्षा को खतरे में डाले बिना अपने घर और समुदाय में लौटने या रहने में सक्षम होना, ***और***
6. नामांकन की तिथि से 120 दिनों से अधिक की निरंतर अवधि के लिए MLTC योजना द्वारा कवर की गई निम्नलिखित समुदाय आधारित दीर्घकालिक सेवाओं और सहायता (CBLTSS) में से कम से कम एक की आवश्यकता होने की उम्मीद है:
    A. घर में नर्सिंग सेवाएं
    B. घरेलू चिकित्सा
    C. गृह स्वास्थ्य सहायक सेवाएँ
    D. घर पर व्यक्तिगत देखभाल सेवाएँ
    E. वयस्क डे स्वास्थ्य देखभाल
    F. निजी ड्यूटी नर्सिंग; या
    G. उपभोक्ता निर्देशित व्यक्तिगत सहायता सेवाएँ

इस पुस्तिका में बताई गई कवरेज, Aetna Better Health of New York MLTC योजना में आपके नामांकन की तिथि से प्रभावी हो जाती है। MLTC योजना में नामांकन स्वैच्छिक है।

NEW YORK स्वतंत्र मूल्यांकनकर्ता कार्यक्रम - प्रारंभिक मूल्यांकन प्रक्रिया

16 मई, 2022 से, संघर्ष मुक्त मूल्यांकन और नामांकन केंद्र (Conflict Free Evaluation and Enrollment Center, CFEEC) को अब न्यूयॉर्क स्वतंत्र निर्धारक (New York Independent Assessor, NYIAP) के रूप में जाना जाएगा। NYIAP प्रारंभिक मूल्यांकन प्रक्रिया का प्रबंधन करेगा। NYIAP बाद में शीघ्र प्रारंभिक मूल्यांकन शुरू करेगा। प्रारंभिक मूल्यांकन प्रक्रिया में निम्नलिखित कार्य शामिल हैं:

- ***सामुदायिक स्वास्थ्य मूल्यांकन (Community Health Assessment, CHA)*:** CHA का उपयोग यह देखने के लिए किया जाता है कि क्या आपको व्यक्तिगत देखभाल (personal care, PCS) और/या उपभोक्ता निर्देशित व्यक्तिगत सहायता सेवाओं (Consumer directed personal assistance services, CDPAS) की आवश्यकता है और क्या आप प्रबंधित दीर्घकालिक देखभाल योजना में नामांकन के लिए पात्र हैं।
- ***नैदानिक नियुक्ति और चिकित्सक आदेश (Practitioner Order, PO)*:** PO आपकी नैदानिक नियुक्ति का दस्तावेजीकरण करता है और यह इंगित करता है कि आपको:
- दैनिक गतिविधियों में सहायता की आवश्यकता होती है, ***और***
- आपकी चिकित्सा स्थिति स्थिर है ताकि आपको अपने घर में PCS और/या CDPAS प्राप्त हो सके।

NYIAP CHA और क्लिनिकल अपॉइंटमेंट दोनों का समय निर्धारित करेगा। CHA एक प्रशिक्षित पंजीकृत नर्स (registered nurse, RN) द्वारा पूरा किया जाएगा। CHA के बाद, NYIAP का एक चिकित्सक एक नैदानिक नियुक्ति पूरी करेगा और कुछ दिनों बाद PO करेगा।

Aetna Better Health of New York, CHA और PO परिणामों का उपयोग यह देखने के लिए करेगी कि आपको किस प्रकार की सहायता की आवश्यकता है, तथा आपकी देखभाल की योजना तैयार करेगी। यदि आपकी देखभाल योजना में PCS और/या CDPAS को औसतन प्रतिदिन 12 घंटे से अधिक प्रस्तावित किया गया है, तो NYIAP स्वतंत्र समीक्षा पैनल (Independent Review Panel, IRP) द्वारा अलग से समीक्षा की आवश्यकता होगी। IRP चिकित्सा पेशेवरों का एक पैनल है जो आपके CHA, PO, देखभाल योजना और अन्य चिकित्सा दस्तावेजों की समीक्षा करेगा। यदि अधिक जानकारी की आवश्यकता हो, तो पैनल में शामिल कोई व्यक्ति आपकी जांच कर सकता है या आपकी आवश्यकताओं पर आपसे चर्चा कर सकता है। IRP Aetna Better Health of New York को यह सिफारिश करेगा कि देखभाल की योजना आपकी आवश्यकताओं को पूरा करती है या नहीं।

जब NYIAP प्रारंभिक मूल्यांकन चरण पूरा कर लेता है और यह निर्धारित कर लेता है कि आप Medicaid प्रबंधित दीर्घावधि देखभाल के लिए पात्र हैं, तो आप चुनते हैं कि किस प्रबंधित दीर्घावधि देखभाल योजना में नामांकन करना है।

1. यदि आप प्रबंधित दीर्घावधि देखभाल के लिए नए हैं या आप वर्तमान में किसी अन्य दीर्घावधि देखभाल योजना में नामांकित हैं और स्थानांतरण करना चाहते हैं, तो आप हमारी सदस्य सेवाओं को **1-855-456-9126** पर कॉल कर सकते हैं और एक सदस्य सेवा प्रतिनिधि आपकी जानकारी लेने के लिए उपलब्ध होगा।

2. आपकी जानकारी हमारे नामांकन प्रवेश विशेषज्ञों को भेजी जाएगी, जो आपसे संपर्क करके Aetna Better Health of New York के साथ MLTC सेवाओं के लिए आपकी रुचि की पुष्टि करेंगे और यह समीक्षा करेंगे कि आपका Medicaid MLTC सेवाएं प्राप्त करने के लिए पात्र है या नहीं।

3. नामांकन प्रवेश विशेषज्ञ एक पंजीकृत मूल्यांकन नर्स को आपको कॉल करने तथा आपके साथ NYIAP द्वारा पूर्ण किए गए प्रारंभिक मूल्यांकन (CHA और PO) के परिणाम की समीक्षा करने तथा एक व्यक्ति-केंद्रित सेवा योजना (Person-Centered Service Plan, PCSP) विकसित करने के लिए निर्धारित करेगा।

NYIAP मूल्यांकन से हमें आपके स्वास्थ्य और रोजमर्रा की गतिविधियों को करने की क्षमता के आधार पर यह पता चलेगा कि आपको किस प्रकार की देखभाल की आवश्यकता है। समीक्षा के दौरान हम:

- यदि आवश्यक हो तो नामांकन आवेदन और Medicaid आवेदन को पूरा करने में आपकी सहायता करते है। Aetna Better Health के लिए आपका आवेदन तब तक रोक दिया जाएगा जब तक आपका Medicaid आवेदन स्वीकृत नहीं हो जाता।
- यदि आप Aetna Better Health of New York में नामांकन के साथ-साथ Medicaid के लिए आवेदन कर रहे हैं, तो नामांकन में कम से कम एक या दो महीने अधिक समय लग सकता है, जबकि यदि आपके पास पहले से ही सक्रिय Medicaid है, तो इसमें कम से कम एक या दो महीने अधिक समय लग सकता है।
- इस सदस्य पुस्तिका की विस्तार से समीक्षा करें, इस पुस्तिका में नीतियों और प्रक्रियाओं की जानकारी शामिल है और यह इस कार्यक्रम में नामांकन के लिए आपके समझौते का एक महत्वपूर्ण हिस्सा है। सदस्यों के अधिकार एवं दायित्व भी शामिल हैं।
- प्रदाता निर्देशिका की समीक्षा करें।
- अपने और आपकी देखभाल में शामिल अन्य लोगों, जैसे परिवार के सदस्यों के साथ मिलकर एक प्रस्तावित देखभाल योजना तैयार करें।

4. CHA और PO समीक्षा या Aetna Better Health of New York द्वारा प्रारंभिक मूल्यांकन, नामांकन का अनुरोध करने वाले व्यक्ति द्वारा पहले संपर्क के तीस (30) दिनों के भीतर या नामांकन ब्रोकर के लिए रेफरल प्राप्त करने के बाद किया जाना चाहिए।

5. Aetna Better Health of New York में नामांकन स्वैच्छिक है, यदि आप नामांकन में रुचि रखते हैं और आप Aetna Better Health के सदस्य बनने के योग्य हैं, तो आपको या आपके प्रतिनिधि को निम्नलिखित पर हस्ताक्षर करना होगा:

- नामांकन समझौता।
- गोपनीयता अनुरोध प्रपत्र। इससे देखभाल प्रबंधक को आपकी देखभाल योजना के बारे में आपके प्राथमिक देखभाल प्रदाता (आपके चिकित्सक) से बात करने का अवसर मिलता है।
- नर्सिंग मूल्यांकन के लिए प्राधिकरण। इससे हमारी नर्स को आपका मूल्यांकन पूरा करने में सहायता मिलेगी।

- आपकी व्यक्ति-केंद्रित सेवा योजना (PCSP)
- सदस्य आकस्मिकता/बैक-अप योजना
- उपभोक्ता निर्देशित व्यक्तिगत सहायता सेवाओं के लिए समझौता ज्ञापन (यदि लागू हो)
- Healthix सहमति फॉर्म (वैकल्पिक)

यदि आप नामांकन नहीं करना चाहते हैं, तो हस्ताक्षर करने से पहले या बाद में, आप नामांकन की प्रभावी तिथि से पहले वाले महीने की 20वीं तारीख को दोपहर तक मौखिक या लिखित रूप से अपनी इच्छा बताकर अपना आवेदन या नामांकन अनुबंध वापस ले सकते हैं और आपके नामांकन वापस लेने की लिखित पावती आपको भेज दी जाएगी।

यदि आप Aetna Better Health of New York के साथ नामांकन करना चुनते हैं, तो हम आपका आवेदन New York Medicaid Choice को प्रस्तुत करेंगे। नामांकन के लिए आपके आवेदन की समीक्षा और निर्धारण New York Medicaid Choice द्वारा किया जाएगा। इस सदस्य पुस्तिका में बताई गई कवरेज, Aetna Better Health प्लान में आपके नामांकन की प्रभावी तिथि से प्रभावी हो जाती है। Aetna Better Health में नामांकन स्वैच्छिक है। यदि आपको हमारी योजना या नामांकन के बारे में कोई प्रश्न है, तो आप सदस्य सेवाओं को **1-855-456-9126** पर कॉल कर सकते हैं, चाहे आप पहले से ही Aetna Better Health के सदस्य हों या नहीं।

आपको Aetna Better Health of New York MLTC योजना में नामांकन से वंचित किया जा सकता है, यदि नामांकन के समय:

- ऊपर उल्लिखित पात्रता मानदंडों को पूरा नहीं करते हैं।
- 120 दिनों से अधिक के लिए सामुदायिक आधारित दीर्घकालिक देखभाल सेवाओं (CBLTC) की आवश्यकता नहीं है।
- होस्पिस सेवाएं प्राप्त कर रहा है।
- क्या वह राज्य मानसिक स्वास्थ्य कार्यालय (Office of Mental Health, OMH) सुविधा, विकासात्मक विकलांगता वाले व्यक्तियों के लिए कार्यालय (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD) सुविधा/उपचार केंद्र, सहायता प्राप्त आवास सुविधा (Assisted living facility, ALP) या शराब/मादक द्रव्यों के सेवन के दीर्घकालिक आवासीय उपचार कार्यक्रम में देखभाल प्राप्त कर रहा है।
- OPWDD घर और समुदाय आधारित सेवाएं या अभिघातजन्य मस्तिष्क चोट, और नर्सिंग होम संक्रमण और डायवर्सन; धारा 191S(c) छूट कार्यक्रम में है।
- रोग नियंत्रण और रोकथाम केंद्र में स्तन और/या गर्भाशय ग्रीवा के कैंसर का शीघ्र पता लगाने वाले कार्यक्रम में पैंसठ (65) वर्ष से कम आयु के हैं और उन्हें स्तन या गर्भाशय ग्रीवा के कैंसर के इलाज की आवश्यकता है और अन्यथा वे विश्वसनीय स्वास्थ्य कवरेज के अंतर्गत नहीं आते हैं।
- उसे 6 महीने से कम समय के लिए Medicaid मिलने की उम्मीद है, आपातकालीन Medicaid मिलने की उम्मीद है, वह फॉस्टर फैमिली केयर डेमोस्ट्रेशन में है या परिवार नियोजन विस्तार कार्यक्रम में है।

यदि आप Aetna Better Health में नए हैं और ऐसे प्रदाता से उपचार का निरंतर कोर्स प्राप्त कर रहे हैं जो हमारे नेटवर्क में नहीं है, तो आप Aetna Better Health में नामांकन के दिन से 90 दिनों तक उपचार जारी रख सकते हैं। उपचार जारी रखने के लिए आपके प्रदाता को यह करना होगा:

- Aetna Better Health की भुगतान दर स्वीकार करें।
- गुणवत्ता आश्वासन सहित Aetna Better Health की नीतियों का पालन करें।
- Aetna Better Health को देखभाल के बारे में चिकित्सा जानकारी प्रदान करना।

योजना सदस्य (आईडी) कार्ड

आपको अपनी प्रभावी नामांकन तिथि के 10 दिनों के भीतर Aetna Better Health of New York पहचान (आईडी) कार्ड प्राप्त हो जाएगा। कृपया सत्यापित करें कि आपके कार्ड पर सभी जानकारी सही है। अपने Medicaid कार्ड के साथ-साथ अपना पहचान पत्र भी हमेशा अपने साथ रखें। यदि आपका कार्ड खो जाए या चोरी हो जाए तो कृपया सदस्य सेवाओं से **1-855-456-9126** पर संपर्क करें।

Aetna Better Health of New York MLTC योजना द्वारा कवर की जाने वाली सेवाएं

देखभाल प्रबंधन सेवाएँ

हमारी योजना के सदस्य के रूप में, आपको देखभाल प्रबंधन सेवाएँ मिलेंगी। हमारी योजना आपको एक देखभाल प्रबंधक उपलब्ध कराएगी जो एक स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर होगा - आमतौर पर एक नर्स या एक सामाजिक कार्यकर्ता होगा। आपका देखभाल प्रबंधक आपके और आपके डॉक्टर के साथ मिलकर आपके लिए आवश्यक सेवाओं का निर्धारण करेगा तथा एक देखभाल योजना विकसित करेगा। आपका देखभाल प्रबंधक आपकी आवश्यक सेवाओं के लिए अपॉइंटमेंट की व्यवस्था भी करेगा। अन्य सहायता जो आप अपने देखभाल प्रबंधक से प्राप्त कर सकते हैं, उनमें आपको रेफर करना या आपकी चिकित्सा, सामाजिक, शैक्षिक, मनोवैज्ञानिक, वित्तीय या अन्य सेवाओं के समन्वय में सहायता करना शामिल है जो आपके PCSP का समर्थन करती हैं। आपका देखभाल प्रबंधक आपको यह बताने में मदद करेगा कि आवश्यक सेवाएं आपके लाभ के भाग के रूप में शामिल हैं या नहीं।

एक बार जब आप Aetna Better Health के सदस्य बनने के लिए सहमत हो जाते हैं, तो आपका देखभाल प्रबंधक उस नर्स से बात करेगा, जिसने आपके घर का दौरा किया था। आपके होम विज़िट से प्राप्त जानकारी की समीक्षा की जाएगी। इसके बाद आपका देखभाल प्रबंधक आपसे संपर्क कर आपकी आवश्यकताओं के बारे में अधिक बात करेगा। आप सब मिलकर व्यक्ति-केन्द्रित सेवा योजना (PCSP) विकसित करेंगे।

आपकी देखभाल की योजना आपकी स्वास्थ्य स्थिति और स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं पर आधारित होती है। आपका प्राथमिक देखभाल प्रदाता हमें जानकारी दे सकता है, आपसे और आपके देखभाल प्रबंधक से बात कर सकता है, तथा आपकी देखभाल योजना विकसित करने में सहायता कर सकता है। हम आपके परिवार, देखभाल करने वालों और अन्य लोगों से भी सुझाव प्राप्त करते हैं, जिनके साथ बात करना आपके लिए महत्वपूर्ण है। देखभाल योजना में आपके लिए आवश्यक व्यक्तिगत देखभाल घंटों का वर्णन होगा। देखभाल योजना में Aetna Better Health से मिलने वाली अन्य सेवाओं की सूची दी जाएगी। देखभाल योजना में उन सेवाओं का वर्णन होगा जिन्हें Aetna Better Health कवर करेगा

तथा सेवाओं को प्रदान करने की समय-सारणी भी बताई जाएगी। आपकी देखभाल योजना महत्वपूर्ण है। इससे पता चलता है कि हम सबने मिलकर यह निर्णय लिया है कि हम आपकी किस प्रकार सहायता करेंगे। इसमें वे सेवाएं शामिल हैं जिनके लिए हम आपको यथासंभव स्वस्थ रहने में मदद करने के लिए भुगतान करेंगे।

आपकी व्यक्ति-केंद्रित सेवा योजना (PCSP) विकसित हो जाने के बाद, आपकी देखभाल टीम आपको आवश्यक सभी देखभाल और सेवाएं प्राप्त करने में मदद करेगी। देखभाल प्रबंधन टीम आपके साथ मिलकर आपकी आवश्यकतानुसार किसी भी स्वास्थ्य देखभाल सेवा के लिए अपॉइंटमेंट तय करेगी।

आपका देखभाल प्रबंधक आपके हालचाल जानने के लिए महीने में कम से कम एक बार आपको फोन करेगा। Aetna Better Health की देखभाल प्रबंधन टीम हर छह (6) महीने में कम से कम एक देखभाल प्रबंधन होम विज़िट प्रदान करेगी, जिसे आपके पुनर्मूल्यांकन के हिस्से के रूप में शामिल किया जा सकता है।

a) सुनिश्चित करें कि एक नामांकित व्यक्ति के रूप में आपको मिलने वाली देखभाल प्रबंधन और देखभाल योजना का प्रकार आपकी बीमारी की गंभीरता पर आधारित है और यह आपके शरीर और मन दोनों को ध्यान में रखती है।
b) एक नामांकित व्यक्ति के रूप में, आपको हमारी नर्स के साथ घर पर मुलाकात के बाद उनकी देखभाल योजना बनाते समय उपभोक्ता निर्देशित व्यक्तिगत सहायता सेवाओं (CDPAS) और अन्य सेवा विकल्पों के बारे में शिक्षित किया जाएगा।
c) आपका देखभाल प्रबंधक आपके सभी अनुरोधों के संबंध में आपसे संवाद करेगा। आपके पास हमेशा अपने केयर मैनेजर का फ़ोन नंबर रहेगा।

आपकी नामांकन आवेदन स्वीकृत होने के बाद महीने के पहले दिन से सेवाएं शुरू हो जाएंगी। आपकी देखभाल प्रबंधन टीम अन्य स्वास्थ्य प्रदाताओं के साथ चिकित्सक के पास जाने, निर्धारित दवाएं, तथा अस्पताल में भर्ती होने जैसी आपकी देखभाल में समन्वय स्थापित करने में मदद करेगी। आप अपनी देखभाल प्रबंधन टीम के साथ अपनी आवश्यकताओं और चिंताओं को साझा करके अपनी देखभाल में भाग ले सकते हैं ताकि आप अपने समुदाय में स्वतंत्र रूप से रह सकें। आप और आपकी देखभाल प्रबंधन टीम प्रत्येक वर्ष कम से कम दो बार आपकी देखभाल योजना की समीक्षा करेंगे। यदि आपकी स्थिति में कोई परिवर्तन होता है तो देखभाल टीम आपकी देखभाल योजना की समीक्षा भी कर सकती है ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि आपको आवश्यक सेवाएं प्राप्त हो रही हैं।

अतिरिक्त कवर की गई सेवाएँ

चूंकि आपके पास Medicaid है और आप MLTC के लिए अर्हता प्राप्त करते हैं, इसलिए हमारी योजना नीचे वर्णित अतिरिक्त स्वास्थ्य और सामाजिक सेवाओं की व्यवस्था करेगी और उनका भुगतान करेगी। आप इन सेवाओं को तब तक प्राप्त कर सकते हैं जब तक कि वे चिकित्सकीय रूप से आवश्यक हों, अर्थात, वे आपकी बीमारी या विकलांगता को रोकने या उसका इलाज करने के लिए आवश्यक हों। आपका देखभाल प्रबंधक आपको आवश्यक सेवाओं और प्रदाताओं की पहचान करने में मदद करेगा। कुछ मामलों में, इन सेवाओं को प्राप्त करने के लिए आपको अपने डॉक्टर से रेफरल या आदेश की आवश्यकता हो सकती है। आपको ये सेवाएं उन प्रदाताओं से प्राप्त करनी होंगी जो Aetna Better Health of New York नेटवर्क में हैं। यदि आपको हमारी योजना में कोई प्रदाता नहीं मिलता है, तो आपको Aetna Better Health नेटवर्क में प्रदाताओं से कवर की गई सेवाएं प्राप्त करनी होंगी। यदि Aetna Better Health के पास आपकी आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए उपयुक्त प्रशिक्षण या अनुभव वाला प्रदाता नहीं है, तो आप नेटवर्क के बाहर किसी स्वास्थ्य सेवा प्रदाता के पास रेफरल प्राप्त कर सकते हैं। यदि आपको नेटवर्क से बाहर के प्रदाता की आवश्यकता है, तो कृपया प्राधिकरण प्राप्त करने में सहायता के लिए अपनी देखभाल प्रबंधन टीम से संपर्क करें।

कवर की गई सेवाओं के लिए Aetna Better Health नेटवर्क के बाहर किसी प्रदाता का उपयोग करते समय, आपको प्रदाता से मिलने से पहले Aetna Better Health से प्राधिकरण प्राप्त करना होगा। आवश्यक प्राधिकरण प्राप्त किए बिना, प्रदाता को सेवाओं के लिए भुगतान नहीं किया जाएगा। यदि इस प्रक्रिया के बारे में आपके कोई प्रश्न हों, तो कृपया अपनी देखभाल प्रबंधन टीम से संपर्क करें या सदस्य सेवाओं को इस नंबर पर कॉल करें: **1-855-456-9126**

यदि आप कोई सेवा चाहते हैं और आपका प्रदाता नैतिक या धार्मिक कारणों से आपको वह सेवा नहीं देता है, तो कृपया अपनी देखभाल प्रबंधन टीम या सदस्य सेवाओं को टोल फ्री **1-855-456-9126** पर कॉल करें। वे आपको कवर की गई सेवा के लिए प्रदाता ढूंढने में मदद करेंगे।

आपको कवर की गई सेवाओं के लिए कोई बिल नहीं मिलना चाहिए या भुगतान करना अनिवार्य नहीं होना चाहिए। यदि ऐसा हो तो कृपया अपनी देखभाल प्रबंधन टीम या सदस्य सेवाओं को टोल फ्री **1-855-456-9126** पर कॉल करें।

- आउट पेशेंट पुनर्वास
- व्यक्तिगत देखभाल (जैसे नहाने, खाने, कपड़े पहनने, शौचालय जाने और चलने में सहायता)
- घरेलू स्वास्थ्य देखभाल सेवाएँ जो Medicare द्वारा कवर नहीं की जाती हैं, जिनमें नर्सिंग, घरेलू स्वास्थ्य सहायता, व्यावसायिक, शारीरिक और वाणी उपचार शामिल हैं
- पोषण
- चिकित्सा सामाजिक सेवाएं
- घर पर भोजन पहुंचाना और/या समूह में भोजन, जैसे डे केयर
- सोशल डे केयर
- निजी ड्यूटी नर्सिंग
- दंत चिकित्सा

- सामाजिक/पर्यावरणीय सहायता (जैसे घरेलू सेवाएं, घर में सुधारया राहत)
- व्यक्तिगत आपातकालीन प्रतिक्रिया प्रणाली
- वयस्क डे स्वास्थ्य देखभाल
- नर्सिंग होम देखभाल Medicare द्वारा कवर नहीं की जाती है (बशर्ते आप संस्थागत Medicare के लिए पात्र हों)
- ऑडियोलॉजी
- DME
- चिकित्सा की आपूर्ति
- प्रोस्थेटिक्स और ऑर्थोटिक्स
- ऑप्टोमेट्री
- उपभोक्ता निर्देशित व्यक्तिगत सहायता सेवाएँ
- पादचिकित्सा
- श्वसन चिकित्सा

सीमाएँ

एंटरल फॉर्मूला और पोषण संबंधी पूरक उन व्यक्तियों तक सीमित हैं जो किसी अन्य माध्यम से पोषण प्राप्त नहीं कर सकते हैं, और निम्नलिखित स्थितियों में:

1. ट्यूब से भोजन प्राप्त करने वाले व्यक्ति जो भोजन को चबा या निगल नहीं सकते हैं और उन्हें ट्यूब के माध्यम से फार्मूला के माध्यम से पोषण प्राप्त करना पड़ता है; ***तथा***
2. दुर्लभ जन्मजात चयापचय संबंधी विकारों से ग्रस्त व्यक्तियों को आवश्यक पोषक तत्व प्रदान करने के लिए विशिष्ट चिकित्सीय फार्मूले की आवश्यकता होती है, जो अन्य किसी माध्यम से उपलब्ध नहीं होते।

अमीनो एसिड और कार्बनिक एसिड चयापचय के कुछ वंशानुगत रोगों के कवरेज में कम प्रोटीन वाले संशोधित ठोस खाद्य उत्पाद या संशोधित प्रोटीन वाले उत्पाद शामिल होंगे।

नर्सिंग होम देखभाल उन व्यक्तियों के लिए कवर की जाती है जिन्हें कम से कम तीन महीने के लिए स्थायी नियुक्ति माना जाता है। उस समयावधि के बाद, आपकी नर्सिंग होम देखभाल को नियमित Medicaid के माध्यम से कवर किया जा सकता है, और आपको Aetna Better Health of New York से हटा दिया जाएगा।

सेवा क्षेत्र के बाहर देखभाल प्राप्त करना

जब आप अपने कवरेज क्षेत्र से बाहर यात्रा करते हैं तो आपको अपने देखभाल प्रबंधक को अवश्य सूचित करना चाहिए। यदि आपको अपने कवरेज क्षेत्र के बाहर सेवाओं की आवश्यकता महसूस हो, तो सेवाओं की व्यवस्था करने में सहायता के लिए आपको अपने देखभाल प्रबंधक से संपर्क करना चाहिए।

आपातकालीन सेवा

आपातकालीन सेवा का अर्थ है ऐसी स्थिति का अचानक उत्पन्न होना जो आपके स्वास्थ्य के लिए गंभीर खतरा पैदा कर दे। चिकित्सा आपातस्थिति के लिए कृपया 911 डायल करें। जैसा कि ऊपर बताया गया है, आपातकालीन सेवा के लिए पूर्व अनुमति की आवश्यकता नहीं है। हालाँकि, आपको आपातकाल के 24 घंटे के भीतर Aetna Better Health of New York को सूचित करना चाहिए। आपको दीर्घकालिक देखभाल सेवाओं की आवश्यकता हो सकती है जो केवल Aetna Better Health of New York के माध्यम से ही प्रदान की जा सकती है। यदि आप अस्पताल में भर्ती हैं, तो परिवार के किसी सदस्य या अन्य देखभालकर्ता को भर्ती होने के 24 घंटे के भीतर Aetna Better Health of New York से संपर्क करना चाहिए। आपका देखभाल प्रबंधक आवश्यकतानुसार आपकी घरेलू देखभाल सेवाओं को निलंबित कर देगा तथा अन्य नियुक्तियाँ रद्द कर देगा। कृपया अपने प्राथमिक देखभाल चिकित्सक या अस्पताल डिस्चार्ज योजनाकार को Aetna Better Health of New York से संपर्क करने के लिए सूचित करना सुनिश्चित करें ताकि हम अस्पताल से छुट्टी मिलने पर आपकी देखभाल की योजना बनाने के लिए उनके साथ काम कर सकें।

संक्रमणकालीन देखभाल प्रक्रियाएं

Aetna Better Health of New York के नए सदस्य नामांकन से 60 दिनों तक की संक्रमण अवधि के लिए गैर-नेटवर्क स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता के साथ उपचार का निरंतर पाठ्यक्रम जारी रख सकते हैं, यदि प्रदाता योजना दर पर भुगतान स्वीकार करता है, Aetna Better Health of New York गुणवत्ता आश्वासन और अन्य नीतियों का पालन करता है, और आपकी योजना को देखभाल के बारे में चिकित्सा जानकारी प्रदान करता है।

यदि आपका प्रदाता नेटवर्क छोड़ देता है, तो उपचार का चालू कोर्स 90 दिनों तक की संक्रमणकालीन अवधि के लिए जारी रखा जा सकता है, बशर्ते प्रदाता योजना दर पर भुगतान स्वीकार करता है, योजना गुणवत्ता आश्वासन और अन्य नीतियों का पालन करता है, तथा योजना को देखभाल के बारे में चिकित्सा जानकारी प्रदान करता है।

MONEY FOLLOWS THE PERSON, MFP (मनी फॉलोज़ द पर्सन) /OPEN DOORS (ओपन डोर्स)

यह अनुभाग उन सेवाओं और सहायता के बारे में बताएगा जो **मनी फॉलोज़ द पर्सन (MFP)/ओपन डोर्स** के माध्यम से उपलब्ध हैं। MFP/ओपन डोर्स एक ऐसा कार्यक्रम है जो आपको नर्सिंग होम से वापस अपने घर या समुदाय में निवास स्थान पर जाने में मदद कर सकता है। आप MFP/ओपन डोर्स के लिए अर्हता प्राप्त कर सकते हैं यदि आप:

- तीन महीने या उससे अधिक समय तक नर्सिंग होम में रह चुके हों
- उनकी स्वास्थ्य संबंधी ज़रूरतें ऐसी हों जिन्हें उनके समुदाय में उपलब्ध सेवाओं के माध्यम से पूरा किया जा सकता है

MFP/ओपन डोर्स में ऐसे लोग होते हैं, जिन्हें संक्रमण विशेषज्ञ और सहकर्मी, कहा जाता है, जो नर्सिंग होम में आपसे मिल सकते हैं और समुदाय में वापस जाने के बारे में आपसे बात कर सकते हैं। संक्रमण विशेषज्ञ और सहकर्मी देखभाल प्रबंधकों और डिस्चार्ज योजनाकारों से भिन्न होते हैं। वे आपकी सहायता इस प्रकार कर सकते हैं:

- आपको समुदाय में सेवाओं और सहायता के बारे में जानकारी देना
- स्वतंत्र होने में आपकी सहायता करने के लिए समुदाय में दी जाने वाली सेवाओं को खोजना
- आपके स्थानांतरण के बाद आपसे मिलने या आपको फोन करके यह सुनिश्चित करना कि घर पर आपकी जरूरत की चीजें मौजूद हैं

MFP/ओपन डोर्स के बारे में अधिक जानकारी के लिए, या संक्रमण विशेषज्ञ या सहकर्मी से मुलाकात तय करने के लिए, कृपया New York Association on Independent Living को **1-844-545-7108** पर कॉल करें, या ईमेल करें **mfp@health.ny.gov** आप वेब पर MFP/ओपन डोर्स पर भी जा सकते हैं **www.health.ny.gov/mfp** या **www.ilny.org**

MEDICAID सेवाएँ जो हमारी योजना में शामिल नहीं हैं

कुछ ऐसी Medicaid सेवाएं हैं जिन्हें Aetna Better Health of New York कवर नहीं करती है, लेकिन उन्हें नियमित Medicaid द्वारा कवर किया जा सकता है। आप अपने Medicaid लाभ कार्ड का उपयोग करके किसी भी Medicaid प्रदाता से ये सेवाएं प्राप्त कर सकते हैं जो Medicaid लेता है। यदि आपके पास यह प्रश्न है कि कोई लाभ Aetna Better Health of New York या Medicaid द्वारा कवर किया गया है या नहीं, तो सदस्य सेवाओं को **1-855-456-9126** पर कॉल करें। आपके Medicaid लाभ कार्ड का उपयोग करके Medicaid द्वारा कवर की जाने वाली कुछ सेवाएं इस प्रकार हैं:

फार्मेसी

अधिकांश प्रिस्क्रिप्शन और गैर-प्रिस्क्रिप्शन दवाएं, साथ ही मिश्रित प्रिस्क्रिप्शन भी नियमित Medicaid या Medicare पार्ट D द्वारा कवर किए जाते हैं, यदि आपके पास Medicare है।

कुछ मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ, जिनमें शामिल हैं:

- गहन मानसिक पुनर्वास उपचार
- डे उपचार
- गंभीर और लगातार मानसिक रूप से बीमार लोगों के लिए केस प्रबंधन (राज्य या स्थानीय मानसिक स्वास्थ्य इकाइयों द्वारा प्रायोजित)
- आंशिक अस्पताल देखभाल Medicare द्वारा कवर नहीं की जाती है
- सामुदायिक घरों या परिवार आधारित उपचार में रहने वालों के लिए पुनर्वास सेवाएं
- निरंतर दे उपचार
- मुखर सामुदायिक उपचार

- निजीकृत पुनर्प्राप्ति उन्मुखी सेवाएँ

कुछ बौद्धिक और विकासात्मक विकलांगता सेवाएँ, जिनमें शामिल हैं:

- दीर्घकालिक चिकित्सा
- डे उपचार
- Medicaid सेवा समन्वय
- गृह एवं समुदाय आधारित सेवा छूट के अंतर्गत प्राप्त सेवाएं

अन्य Medicaid सेवाएँ जिनमें शामिल हैं:

- मेथाडोन उपचार
- TB (क्षय रोग) के लिए प्रत्यक्ष रूप से की जाने वाली चिकित्सा
- HIV COBRA (एचआईवी कोबरा) केस प्रबंधन
- परिवार नियोजन

गैर-आपातकालीन चिकित्सा परिवहन शेड्यूलिंग

1 मार्च, 2024 से, Aetna Better Health of New York अब आपके योजना लाभों के भाग के रूप में गैर-आपातकालीन परिवहन को कवर नहीं करेगा। Aetna Better Health प्लान, जो कि एक आंशिक कैपिटेशन योजना है, में नामांकित सदस्यों के लिए गैर-आपातकालीन चिकित्सा परिवहन सेवाओं की व्यवस्था अब न्यूयॉर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग के राज्यव्यापी परिवहन ब्रोकर द्वारा की जाएगी, जिसे मेडिकल आंसरिंग सर्विसेज (Medical Answering Services, MAS) के नाम से जाना जाता है। इससे आपके अन्य चिकित्सा लाभों में कोई परिवर्तन नहीं होगा।

1 मार्च, 2024 को या उसके बाद गैर-आपातकालीन चिकित्सा परिवहन की व्यवस्था करने के लिए, आपको या आपके प्रदाता को MAS से https://www.medanswering.com/ पर संपर्क करना होगा या 844-666-6270 (डाउनस्टेट) या 866-932-7740 (अपस्टेट) पर कॉल करना होगा। यदि संभव हो तो, आपको या आपके चिकित्सा प्रदाता को अपनी चिकित्सा नियुक्ति से कम से कम तीन दिन पहले MAS से संपर्क करना चाहिए और अपनी नियुक्ति का विवरण (दिनांक, समय, पता और प्रदाता का नाम) और अपनी Medicaid पहचान संख्या प्रदान करनी चाहिए।

इन सेवाओं के बारे में अधिक जानने के लिए स्वास्थ्य परिवहन विभाग वेबपेज पर जाएं।

जब मानदंड पूरे हो जाएं तो कुछ चिकित्सकीय रूप से आवश्यक ओव्यूलेशन-बढ़ाने वाली दवाएं।

AETNA BETTER HEALTH OF NEW YORK या MEDICAID द्वारा कवर न की जाने वाली सेवाएं

आपको उन सेवाओं के लिए भुगतान करना होगा जो Aetna Better Health of New York या Medicaid द्वारा कवर नहीं की जाती हैं, यदि आपका प्रदाता आपको पहले से बताता है कि ये सेवाएं कवर नहीं की जाती हैं, और आप उनके लिए भुगतान करने के लिए सहमत हैं:

Aetna Better Health of New York या Medicaid द्वारा कवर न की जाने वाली सेवाएं

- यदि चिकित्सकीय रूप से आवश्यक न हो तो कॉस्मेटिक सर्जरी
- व्यक्तिगत एवं आरामदायक वस्तुएं
- ऐसे प्रदाता की सेवाएं जो योजना का हिस्सा नहीं है (जब तक कि Aetna Better Health of New York आपको उस प्रदाता के पास न भेजे)

यदि आपके कोई प्रश्न हों, तो सदस्य सेवाओं को **1-855-456-9126** पर कॉल करें।

सेवा प्राधिकरण, कार्रवाई और कार्रवाई अपील

जब आप किसी उपचार या सेवा के लिए अनुमोदन मांगते हैं, तो उसे **सेवा प्राधिकरण अनुरोध** कहा जाता है। सेवा प्राधिकरण अनुरोध प्रस्तुत करने के लिए, आपको यह करना होगा:

सेवा प्राधिकरण स्टेप

पूर्व-अनुमोदन के लिए निम्नलिखित चरण हैं:

- आपका प्रदाता Aetna Better Health को उन सेवाओं के बारे में जानकारी देता है जिनकी आपको आवश्यकता है।
- Aetna Better Health जानकारी की समीक्षा करता है।
- यदि अनुरोध स्वीकृत नहीं किया जा सकता, तो एक अन्य Aetna Better Health प्रदाता जानकारी की समीक्षा करेगा।
- Aetna Better Health जब कोई निर्णय लेगा तो आपको सूचित कर देगा। हम आपको और आपके प्रदाता को अपने निर्णय के बारे में बताने के लिए एक पत्र भेजेंगे। जब कोई सेवा स्वीकृत या अस्वीकृत की जाएगी तो आपको और आपके प्रदाता को एक पत्र मिलेगा।
- यदि अनुरोध अस्वीकार कर दिया जाता है तो पत्र में इसका कारण बताया जाएगा।
- यदि कोई सेवा देने से मना कर दिया जाता है, तो आप या आपका प्रदाता अपील दायर कर सकते हैं।

हम एक निश्चित मात्रा में और एक विशिष्ट अवधि के लिए सेवाओं को अधिकृत करेंगे। इसे **प्राधिकरण अवधि कहा जाता है।**

पूर्व अनुमति

कुछ कवर की गई सेवाओं को प्राप्त करने से पहले या उन्हें प्राप्त करना जारी रखने में सक्षम होने के लिए हमारे पूर्व प्राधिकरण स्टाफ से पूर्व प्राधिकरण (अग्रिम अनुमोदन) की आवश्यकता होती है। आप या आपका कोई विश्वसनीय व्यक्ति इसके लिए पूछ सकता है। निम्नलिखित उपचार और सेवाएं प्राप्त करने से पहले इनका अनुमोदन आवश्यक है:

- चिकित्सा / वयस्क डे स्वास्थ्य देखभाल
- परिचर्या देखभाल
- ऑडियोलॉजी और श्रवण सहायता
- दंत चिकित्सा
- आहार अनुपूरक और पोषण परामर्श
- टिकाऊ चिकित्सा उपकरणों में चिकित्सा/शल्य चिकित्सा आपूर्ति, कृत्रिम अंग, ऑर्थोटिक्स और ऑर्थोपेडिक जूते, छड़ें, अस्पताल के बिस्तर, व्हीलचेयर, ऑक्सीजन और वॉकर शामिल हैं
- होम केयर- कुशल/लाइसेंस प्राप्त नर्सिंग (RN या LPN) फिजिकल थेरेपी, व्यावसायिक थेरेपी, स्पीच पैथोलॉजी, मेडिकल सोशल सर्विसेज
- होम केयर- गैर-लाइसेंस प्राप्त घरेलू स्वास्थ्य सहायक (Home Health Aides, HHA)
- घर पर भोजन पहुंचाना या सामूहिक भोजन
- चिकित्सा की आपूर्ति
- नर्सिंग होम देखभाल
- व्यक्तिगत देखभाल-इसमें घर की सफाई, भोजन तैयार करना, स्नान, शौचालय का उपयोग शामिल है
- व्यक्तिगत आपातकालीन प्रतिक्रिया प्रणाली (Personal Emergency Response System, PERS)
- पादचिकित्सा
- प्रोस्थेटिक्स और ऑर्थोटिक्स
- श्वसन चिकित्सा- चिकित्सा उपकरण, आपूर्ति, श्वसन चिकित्सा और ऑक्सीजन
- सामाजिक और पर्यावरणीय समर्थन
- सोशल डे केयर
- वाक उपचार
- दृष्टि
- टेलीहेल्थ
- उपभोक्ता निर्देशित व्यक्तिगत सहायता सेवाएँ (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS)

समवर्ती समीक्षा

आप अपने केयर मैनेजर से यह भी अनुरोध कर सकते हैं कि आपको अभी जो सेवा मिल रही है, उससे अधिक सेवा मिले। इसे **समवर्ती समीक्षा** कहा जाता है।

पूर्वव्यापी समीक्षा

कभी-कभी हम आपको मिल रही देखभाल की समीक्षा करेंगे, ताकि यह देखा जा सके कि क्या आपको अभी भी देखभाल की आवश्यकता है। हम आपके द्वारा पहले से प्राप्त अन्य उपचारों और सेवाओं की भी समीक्षा कर सकते हैं। इसे **पूर्वव्यापी समीक्षा** कहा जाता है। यदि हम ये समीक्षाएं करेंगे तो हम आपको बताएंगे।

आपका सेवा प्राधिकरण अनुरोध प्राप्त होने के बाद क्या होता है?

इस योजना में एक समीक्षा टीम है जो यह सुनिश्चित करती है कि आपको हमारे द्वारा वादा की गई सेवाएं मिलें। डॉक्टर और नर्स समीक्षा टीम में हैं। उनका काम यह सुनिश्चित करना है कि आपने जो उपचार या सेवा मांगी है वह चिकित्सकीय रूप से आवश्यक है और आपके लिए सही है। वे स्वीकार्य चिकित्सा मानकों के आधार पर आपकी उपचार योजना की जांच करके ऐसा करते हैं।

हम किसी सेवा प्राधिकरण अनुरोध को अस्वीकार करने या अनुरोधित राशि से कम राशि पर उसे स्वीकृत करने का निर्णय ले सकते हैं। ये निर्णय एक योग्य स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर द्वारा लिए जाएंगे। यदि हम निर्णय लेते हैं कि अनुरोधित सेवा चिकित्सकीय दृष्टि से आवश्यक नहीं है, तो निर्णय एक नैदानिक सहकर्मी समीक्षक द्वारा किया जाएगा, जो एक डॉक्टर, एक नर्स या एक स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर हो सकता है जो आमतौर पर आपके द्वारा अनुरोधित देखभाल प्रदान करता है। आप विशिष्ट चिकित्सा मानकों का अनुरोध कर सकते हैं, जिन्हें **नैदानिक समीक्षा मानदंड** कहा जाता है, जिनका उपयोग चिकित्सा आवश्यकता से संबंधित कार्यों के लिए निर्णय लेने के लिए किया जाता है।

आपका अनुरोध प्राप्त होने के बाद, हम एक **मानक** या ***त्वरित*** प्रक्रिया के तहत इसकी समीक्षा करेंगे। यदि ऐसा लगता है कि देरी से आपके स्वास्थ्य को गंभीर नुकसान होगा तो आप या आपका डॉक्टर *त्वरित* समीक्षा के लिए कह सकते हैं। यदि *त्वरित* समीक्षा के आपके अनुरोध को अस्वीकार कर दिया जाता है, तो हम आपको सूचित करेंगे और आपके अनुरोध पर मानक समीक्षा प्रक्रिया के तहत कार्रवाई की जाएगी। सभी मामलों में, हम आपके अनुरोध की समीक्षा उतनी ही तेजी से करेंगे, जितनी तेजी से आपकी चिकित्सा स्थिति की आवश्यकता होगी, लेकिन नीचे बताए गए समय से अधिक नहीं।

पूर्व प्राधिकरण अनुरोधों के लिए समय-सीमा

- **मानक समीक्षा**: जब हमारे पास सभी आवश्यक जानकारी उपलब्ध हो जाएगी तो हम आपके अनुरोध पर 3 कार्यदिवसों के भीतर निर्णय लेंगे, लेकिन आपका अनुरोध प्राप्त होने के 14 दिनों के बाद ही आपको हमसे सूचना मिलेगी। यदि हमें अधिक जानकारी की आवश्यकता होगी तो हम आपको 14वें दिन तक बता देंगे।
- **त्वरित समीक्षा**: हम निर्णय लेंगे और आपको 72 घंटों के भीतर हमारी ओर से सूचना मिलेगी। यदि हमें अधिक जानकारी की आवश्यकता होगी तो हम आपको 72 घंटे के भीतर बता देंगे।

समवर्ती समीक्षा अनुरोधों के लिए समय-सीमा

- **मानक समीक्षा**: जब हमारे पास सभी आवश्यक जानकारी उपलब्ध हो जाएगी तो हम 1 कार्यदिवस के भीतर निर्णय ले लेंगे, लेकिन आपका अनुरोध प्राप्त होने के 14 दिनों के बाद ही आपको हमारी ओर से सूचना मिलेगी।
- **त्वरित समीक्षा**: जब हमारे पास सभी आवश्यक जानकारी उपलब्ध हो जाएगी तो हम 1 कार्यदिवस के भीतर निर्णय लेंगे। आपका अनुरोध प्राप्त होने के 72 घंटे के भीतर आपका हमारे द्वारा संपर्क किया जाएगा। यदि हमें अधिक जानकारी की आवश्यकता होगी तो हम आपको 1 कार्यदिवस के भीतर बता देंगे।

यदि हमें आपके सेवा अनुरोध के बारे में मानक या त्वरित निर्णय लेने के लिए अधिक जानकारी की आवश्यकता होगी, तो उपरोक्त समय-सीमा को 14 दिनों तक बढ़ाया जा सकता है। हम ऐसा करेंगे:

- लिखिए और बताइए कि कौन सी जानकारी चाहिए।
- यदि आपका अनुरोध त्वरित में हैसमीक्षा के बाद, हम आपको तुरंत कॉल करेंगे और बाद में लिखित सूचना भेजेंगे।
- आपको बताएंगे कि देरी आपके हित में क्यों है।
- हमें आवश्यक जानकारी प्राप्त होने पर हम यथाशीघ्र निर्णय लेंगे, लेकिन अधिक जानकारी मांगने के दिन से 14 दिनों के भीतर निर्णय नहीं लेंगे।

आप, आपका प्रदाता, या कोई अन्य व्यक्ति जिस पर आप विश्वास करते हैं, हमसे निर्णय लेने के लिए अधिक समय लेने का अनुरोध भी कर सकते हैं। ऐसा इसलिए हो सकता है क्योंकि आपके पास अपने मामले पर निर्णय लेने में सहायता के लिए योजना को देने के लिए अधिक जानकारी है। यह **1-855-456-9126** पर कॉल करके या लिखकर किया जा सकता है।

यदि आप अपने अनुरोध की समीक्षा के लिए अधिक समय लेने के हमारे निर्णय से सहमत नहीं हैं, तो आप या आपका कोई विश्वसनीय व्यक्ति योजना के विरुद्ध शिकायत दर्ज करा सकता है। आप या आपका कोई विश्वसनीय व्यक्ति **1-866-712-7197 पर** कॉल करके न्यूयॉर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग के पास समीक्षा समय के बारे में शिकायत दर्ज करा सकता है।

यदि आपने जो मांगा है उसके आंशिक या पूर्ण भाग के लिए हमारा उत्तर हां है, तो हम सेवा को अधिकृत कर देंगे या आपको वह वस्तु दे देंगे जिसकी आपने मांग की है।

अगर आपने जो मांगा है उसके आंशिक या पूर्ण भाग के लिए हमारा उत्तर 'नहीं' है, तो हम आपको एक लिखित नोटिस भेजेंगे जिसमें यह बताया जाएगा कि हमने 'नहीं' क्यों कहा। देखें ***मैं किसी कार्रवाई की अपील कैसे दायर करूँ?*** जिसमें बताया गया है कि अगर आप हमारे निर्णय से सहमत नहीं हैं तो अपील कैसे करें।

कार्यवाही क्या है?

जब Aetna Better Health of New York आपके या आपके प्रदाता द्वारा अनुरोधित सेवाओं को अस्वीकार या सीमित करती है; रेफरल के लिए अनुरोध को अस्वीकार करती है; निर्णय लेती है कि अनुरोधित सेवा कवर किए गए लाभ नहीं है; उन सेवाओं को प्रतिबंधित, कम, निलंबित या समाप्त करती है जिन्हें हमने

पहले ही अधिकृत किया है; सेवाओं के लिए भुगतान से इनकार करती है; समय पर सेवाएं प्रदान नहीं करती है; या आवश्यक समय सीमा के भीतर शिकायत या अपील का निर्धारण नहीं करती है, तो उन्हें योजना "कार्रवाई" माना जाता है। कोई भी कार्रवाई अपील के अधीन होती है। (अधिक जानकारी के लिए नीचे देखें कि *मैं किसी मामले की अपील कैसे दायर करूं?*)

कार्रवाई की सूचना का समय

यदि हम आपके द्वारा अनुरोधित सेवाओं को अस्वीकार या सीमित करने का निर्णय लेते हैं या कवर की गई सेवा के सभी या आंशिक भुगतान न करने का निर्णय लेते हैं, तो हम अपना निर्णय लेने के बाद आपको सूचित करेंगे। यदि हम किसी अधिकृत सेवा को प्रतिबंधित, कम, निलंबित या समाप्त करने का प्रस्ताव कर रहे हैं, तो हमारा पत्र सेवा में परिवर्तन करने से कम से कम 10 दिन पहले भेजा जाएगा।

कार्रवाई के नोटिस की विषय-वस्तु

किसी कार्रवाई के बारे में हम आपको जो भी नोटिस भेजेंगे, उसमें:

- हमने जो कार्रवाई की है या करने का इरादा है उसे बताएंगे।
- यदि कोई हो तो नैदानिक तर्क सहित कार्रवाई के कारणों का उल्लेख करेंगे।
- हमारे पास अपील दायर करने के अपने अधिकार का वर्णन करेंगे (इसमें यह भी शामिल है कि क्या आपको राज्य की बाह्य अपील प्रक्रिया का भी अधिकार है)।
- बताएंगे कि आंतरिक अपील कैसे दायर करें और किन परिस्थितियों में आप अनुरोध कर सकते हैं कि हम आपकी आंतरिक अपील की समीक्षा में तेजी लाएं।
- निर्णय लेने में जिन नैदानिक समीक्षा मानदंडों पर भरोसा किया गया, उनकी उपलब्धता का वर्णन करेंगे, यदि इसमें चिकित्सीय आवश्यकता के मुद्दे शामिल हैं या क्या विचाराधीन उपचार या सेवा प्रायोगिक या जांचात्मक थी; और
- यदि कोई सूचना हो तो उसका वर्णन करेंगे जिसे आप और/या आपके प्रदाता द्वारा हमें अपील पर निर्णय देने के लिए प्रदान किया जाना चाहिए।

नोटिस में आपको अपील और राज्य निष्पक्ष सुनवाई के आपके अधिकार के बारे में भी बताया जाएगा:

- इसमें अपील और निष्पक्ष सुनवाई के बीच अंतर समझाया जाएगा।
- इसमें कहा जाएगा कि निष्पक्ष सुनवाई की मांग करने से पहले आपको अपील दायर करनी होगी; तथा
- इसमें बताया जाएगा कि अपील कैसे की जाए।

यदि हम किसी अधिकृत सेवा को कम कर रहे हैं, निलंबित कर रहे हैं या समाप्त कर रहे हैं तो नोटिस में आपको आपकी अपील पर निर्णय होने तक अपनी सेवाएं जारी रखने के आपके अधिकारों के बारे में भी बताया जाएगा। अपनी सेवाएं जारी रखने के लिए आपको नोटिस की तारीख से 10 दिन के भीतर या प्रस्तावित कार्रवाई की इच्छित प्रभावी तिथि के भीतर, जो भी बाद में हो, अपील करनी होगी।

मैं किसी कार्रवाई की अपील कैसे दायर करूँ?

यदि आप हमारे द्वारा की गई किसी कार्रवाई से सहमत नहीं हैं तो आप अपील कर सकते हैं। जब आप अपील दायर करते हैं, तो इसका मतलब है कि हमें अपनी कार्रवाई के कारण पर पुनः विचार करना होगा ताकि यह तय किया जा सके कि क्या हम सही थे। आप योजना के विरुद्ध किसी कार्रवाई की अपील मौखिक या लिखित रूप से दायर कर सकते हैं। जब योजना आपको अपने द्वारा की जा रही किसी कार्रवाई (जैसे सेवाओं को अस्वीकार करना या सीमित करना, या सेवाओं के लिए भुगतान न करना) के बारे में पत्र भेजती है, तो आपको नोटिस की तारीख से 60 दिनों के भीतर अपना अपील अनुरोध दायर करना होगा। यदि हम किसी प्राधिकृत सेवा को कम कर रहे हैं, निलंबित कर रहे हैं, या समाप्त कर रहे हैं और आप चाहते हैं कि आपकी अपील पर निर्णय होने तक आपकी सेवाएं जारी रहें, तो आपको नोटिस की तिथि से 10 दिनों के भीतर या प्रस्तावित कार्रवाई की इच्छित प्रभावी तिथि के भीतर, जो भी बाद में हो, अपील के लिए अनुरोध करना होगा।

मैं अपील दायर करने के लिए अपनी योजना से कैसे संपर्क करूं?

आप हमसे **1-855-456-9126 पर** कॉल करके या PO Box 81040, 5801 Postal Road, Cleveland, OH 44181 पर लिखकर संपर्क कर सकते हैं। आपकी अपील प्राप्त करने वाला व्यक्ति उसे रिकॉर्ड करेगा, तथा उपयुक्त कर्मचारी अपील की समीक्षा की देखरेख करेंगे। हम आपको एक नोटिस भेजकर बताएंगे कि हमें आपकी अपील प्राप्त हो गई है, तथा हम इसका निपटारा कैसे करेंगे। आपकी अपील की समीक्षा जानकार क्लिनिकल स्टाफ द्वारा की जाएगी, जो उस योजना के प्रारंभिक निर्णय या कार्रवाई में शामिल नहीं थे, जिसके विरुद्ध आप अपील कर रहे हैं।

कुछ कार्यों के लिए आप अपील प्रक्रिया के दौरान सेवा जारी रखने का अनुरोध कर सकते हैं

यदि आप उन सेवाओं पर प्रतिबंध, कटौती, निलंबन या समाप्ति के खिलाफ अपील कर रहे हैं, जिन्हें प्राप्त करने के लिए आप वर्तमान में अधिकृत हैं, तो आपको अपनी अपील पर निर्णय होने तक इन सेवाओं को प्राप्त करना जारी रखने के लिए योजना अपील का अनुरोध करना होगा। यदि आप योजना अपील के लिए कहते हैं तो हमें सेवाओं के प्रतिबंध, कटौती, निलंबन या समाप्ति के बारे में नोटिस की तारीख से 10 दिनों के भीतर या प्रस्तावित कार्रवाई की इच्छित प्रभावी तिथि, जो भी बाद में हो, के भीतर आपकी सेवा जारी रखनी होगी। योजना अपील के लिए कैसे पूछें, तथा जारी रखने के लिए सहायता कैसे मांगें, यह जानने के लिए ऊपर ***"मैं किसी कार्रवाई की अपील कैसे दायर करूँ?"*** देखें।

हालांकि आप सेवाओं को जारी रखने का अनुरोध कर सकते हैं, लेकिन यदि योजना अपील का निर्णय आपके पक्ष में नहीं होता है, तो हम आपसे इन सेवाओं के लिए भुगतान करने की मांग कर सकते हैं, अगर वे केवल इसलिए प्रदान की गई थीं क्योंकि आपने अपने मामले की समीक्षा के दौरान उन्हें प्राप्त करना जारी रखने का अनुरोध किया था।

किसी कार्रवाई के संबंध में मेरी अपील पर निर्णय लेने में योजना को कितना समय लगेगा?
जब तक आपकी अपील पर त्वरित कार्रवाई नहीं हो जाती, हम आपके द्वारा की गई कार्रवाई की अपील की समीक्षा एक मानक अपील के रूप में करेंगे। आपकी स्वास्थ्य स्थिति के अनुसार जितनी जल्दी हो सके हम आपको एक लिखित निर्णय भेजेंगे, लेकिन अपील प्राप्त होने के दिन से 30 दिन के भीतर नहीं। (यदि आप अधिक समय का अनुरोध करते हैं या हमें अधिक जानकारी की आवश्यकता होती है, तथा विलंब आपके हित में है, तो समीक्षा अवधि 14 दिनों तक बढ़ाई जा सकती है।) हमारी समीक्षा के दौरान आपको व्यक्तिगत रूप से और लिखित रूप में अपना मामला प्रस्तुत करने का मौका मिलेगा। हम आपको आपके वह रिकॉर्ड भी भेजेंगे जो अपील समीक्षा का हिस्सा हैं।

हम आपकी अपील के संबंध में लिए गए निर्णय के बारे में आपको एक नोटिस भेजेंगे, जिसमें हमारे द्वारा लिए गए निर्णय तथा उस निर्णय पर पहुंचने की तिथि का उल्लेख होगा।

यदि हम अनुरोधित सेवाओं को अस्वीकार या सीमित करने, या सेवाओं को प्रतिबंधित, कम, निलंबित या समाप्त करने के अपने निर्णय को उलट देते हैं, और आपकी अपील लंबित रहने के दौरान सेवाएं प्रदान नहीं की गईं, तो हम आपकी स्वास्थ्य स्थिति की आवश्यकता के अनुसार आपको विवादित सेवाएं प्रदान करेंगे। कुछ मामलों में, आप "*त्वरित*" अपील का अनुरोध कर सकते हैं। (नीचे **"त्वरित अपील प्रक्रिया"** अनुभाग देखें।)

त्वरित अपील प्रक्रिया
यदि अपील आपके द्वारा पहले से प्राप्त की जा रही सेवा से संबंधित है, तो हम हमेशा अपनी समीक्षा त्वरित करेंगे। यदि आपको या आपके प्रदाता को लगता है कि मानक अपील के लिए समय लेने से आपके स्वास्थ्य या जीवन को गंभीर समस्या हो सकती है, तो आप अपनी अपील की *त्वरित* समीक्षा के लिए कह सकते हैं। सभी आवश्यक जानकारी प्राप्त करने के बाद हम 2 व्यावसायिक दिनों के भीतर अपने निर्णय से आपको अवगत कराएंगे। किसी भी स्थिति में आपका अपील प्राप्त होने के बाद हमारा निर्णय जारी करने का समय 72 घंटे से अधिक नहीं होगा। (यदि आप अधिक समय का अनुरोध करते हैं या हमें अधिक जानकारी की आवश्यकता होती है, तथा विलंब आपके हित में है, तो समीक्षा अवधि 14 दिनों तक बढ़ाई जा सकती है।)

यदि हम आपकी अपील पर शीघ्र कार्यवाही करने के आपके अनुरोध से सहमत नहीं हैं, तो हम आपसे व्यक्तिगत रूप से संपर्क करने का पूरा प्रयास करेंगे, ताकि आपको यह बताया जा सके कि हमने आपकी *त्वरित* अपील के अनुरोध को अस्वीकार कर दिया है, तथा इसे एक मानक अपील के रूप में निपटाया जाएगा। इसके अलावा, हम आपका अनुरोध प्राप्त होने के 2 दिनों के भीतर *त्वरित* अपील के आपके अनुरोध को अस्वीकार करने के अपने निर्णय की लिखित सूचना आपको भेजेंगे।

यदि योजना मेरी अपील को अस्वीकार कर दे तो मैं क्या कर सकता हूँ?
यदि आपकी अपील के बारे में हमारा निर्णय पूरी तरह से आपके पक्ष में नहीं है, तो आपको प्राप्त होने वाले नोटिस में न्यूयॉर्क राज्य से Medicaid निष्पक्ष सुनवाई का अनुरोध करने के आपके अधिकार के बारे में

बताया जाएगा और निष्पक्ष सुनवाई कैसे प्राप्त करें, निष्पक्ष सुनवाई में आपकी ओर से कौन उपस्थित हो सकता है, तथा कुछ अपीलों के लिए, सुनवाई लंबित रहने के दौरान सेवाएं प्राप्त करने का अनुरोध करने का आपका अधिकार और अनुरोध कैसे करें, इसकी जानकारी दी जाएगी।

टिप्पणी: आपको अंतिम प्रतिकूल निर्धारण नोटिस की तिथि के बाद 120 कैलेंडर दिनों के भीतर निष्पक्ष सुनवाई का अनुरोध करना होगा। यदि हम चिकित्सीय आवश्यकता के कारण या विचाराधीन सेवा के प्रायोगिक या जांचात्मक होने के कारण आपकी अपील को अस्वीकार करते हैं, तो नोटिस में यह भी बताया जाएगा कि हमारे निर्णय के विरुद्ध न्यूयॉर्क राज्य से "बाह्य अपील" के लिए कैसे कहा जाए।

राज्य निष्पक्ष सुनवाई

यदि हम आपकी योजना अपील को अस्वीकार कर देते हैं या *ऊपर दिए गए* ***"किसी कार्रवाई के संबंध में मेरी अपील पर निर्णय लेने में योजना को कितना समय लगेगा?"*** के अंतर्गत समय-सीमा के भीतर अंतिम प्रतिकूल निर्धारण नोटिस प्रदान करने में विफल रहते हैं, तो आप न्यूयॉर्क राज्य से निष्पक्ष सुनवाई का अनुरोध कर सकते हैं। निष्पक्ष सुनवाई का निर्णय हमारे निर्णय को रद्द कर सकता है। आपको हमारे द्वारा आपको अंतिम प्रतिकूल निर्धारण नोटिस भेजे जाने की तिथि से 120 कैलेंडर दिनों के भीतर निष्पक्ष सुनवाई का अनुरोध करना होगा।
यदि हम किसी अधिकृत सेवा को कम कर रहे हैं, निलंबित कर रहे हैं, या समाप्त कर रहे हैं और आप यह सुनिश्चित करना चाहते हैं कि आपकी सेवाएं निष्पक्ष सुनवाई तक जारी रहें, तो आपको अंतिम प्रतिकूल निर्धारण नोटिस की तारीख से 10 दिनों के भीतर अपना निष्पक्ष सुनवाई अनुरोध करना होगा।

आपके लाभ तब तक जारी रहेंगे जब तक आप निष्पक्ष सुनवाई वापस नहीं ले लेते या राज्य निष्पक्ष सुनवाई अधिकारी सुनवाई का निर्णय आपके पक्ष में नहीं देता, जो भी पहले हो।

यदि राज्य निष्पक्ष सुनवाई अधिकारी हमारे निर्णय को उलट देता है, तो हमें यह सुनिश्चित करना होगा कि आपको विवादित सेवाएँ तुरंत और आपकी स्वास्थ्य स्थिति के अनुसार शीघ्रता से प्राप्त हों। यदि आपने विवादित सेवाएं तब प्राप्त कीं जब आपकी अपील लंबित थी, तो हम निष्पक्ष सुनवाई अधिकारी द्वारा आदेशित कवर की गई सेवाओं के भुगतान के लिए जिम्मेदार होंगे।

हालांकि आप अपनी निष्पक्ष सुनवाई के निर्णय की प्रतीक्षा करते समय सेवाएं जारी रखने का अनुरोध कर सकते हैं, लेकिन यदि आपकी निष्पक्ष सुनवाई का निर्णय आपके पक्ष में नहीं होता है, तो आप उन सेवाओं के भुगतान के लिए जिम्मेदार हो सकते हैं जो निष्पक्ष सुनवाई का विषय थीं।

आप अस्थायी एवं विकलांगता सहायता कार्यालय (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) से संपर्क करके राज्य निष्पक्ष सुनवाई दायर कर सकते हैं:

ऑनलाइन अनुरोध फॉर्म: सुनवाई का अनुरोध करें | निष्पक्ष सुनवाई | OTDA (ny.gov) प्रिंट करने योग्य अनुरोध फॉर्म मेल करें:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit:

P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023
Fax a Printable Request Form: **518-473-6735**
टेलीफोन द्वारा अनुरोध:
मानक निष्पक्ष सुनवाई लाइन – **1-800-342-3334**
आपातकालीन निष्पक्ष सुनवाई लाइन – **1-800-205-0110**
TTY लाइन – **711** (ऑपरेटर से **1-877-502-6155** पर कॉल करने का अनुरोध करें)

व्यक्तिगत रूप से अनुरोध करें:
New York City
5 Beaver Street, New York, New York, 1000**4**

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

निष्पक्ष सुनवाई का अनुरोध करने के तरीके के बारे में अधिक जानकारी के लिए कृपया देखें:
http://otda.ny.gov/hearings/request/

राज्य बाह्य अपील

यदि हम आपकी अपील को अस्वीकार कर देते हैं क्योंकि हम यह निर्धारित करते हैं कि सेवा चिकित्सकीय दृष्टि से आवश्यक नहीं है या प्रायोगिक या जांचात्मक है, तो आप न्यूयॉर्क राज्य से बाह्य अपील के लिए कह सकते हैं। बाह्य अपील का निर्णय उन समीक्षकों द्वारा किया जाता है जो हमारे या न्यूयॉर्क राज्य के लिए काम नहीं करते हैं। ये समीक्षक न्यूयॉर्क राज्य द्वारा अनुमोदित योग्य लोग हैं। आपको बाहरी अपील के लिए भुगतान नहीं करना पड़ेगा।

जब हम चिकित्सा आवश्यकता के अभाव के कारण या इस आधार पर कि सेवा प्रायोगिक या जांचात्मक है, किसी अपील को अस्वीकार करने का निर्णय लेते हैं, तो हम आपको बाह्य अपील दायर करने के तरीके के बारे में जानकारी प्रदान करेंगे, जिसमें अपील को अस्वीकार करने के हमारे निर्णय के साथ-साथ बाह्य अपील दायर करने के लिए फॉर्म भी शामिल होगा। यदि आप बाह्य अपील चाहते हैं, तो आपको हमारी ओर से आपकी अपील अस्वीकृत किए जाने की तिथि से चार महीने के भीतर न्यूयॉर्क राज्य वित्तीय सेवा विभाग में फॉर्म दाखिल करना होगा।

आपकी बाह्य अपील पर 30 दिनों के भीतर निर्णय लिया जाएगा। यदि बाह्य अपील समीक्षक अधिक जानकारी मांगे तो अधिक समय (5 व्यावसायिक दिन तक) की आवश्यकता हो सकती है। निर्णय लेने के बाद समीक्षक दो व्यावसायिक दिनों के भीतर आपको और हमें अंतिम निर्णय से अवगत कराएगा।

यदि आपका डॉक्टर यह कह दे कि देरी से आपके स्वास्थ्य को गंभीर नुकसान होगा तो आपको शीघ्र निर्णय मिल सकता है। इसे त्वरित बाह्य अपील कहा जाता है। बाह्य अपील समीक्षक 72 घंटे या उससे कम समय में त्वरित अपील पर निर्णय लेगा। समीक्षक आपको और हमें तुरंत फोन या फैक्स द्वारा निर्णय बताएगा। बाद में आपको एक पत्र भेजा जाएगा जिसमें निर्णय बताया जाएगा।
आप निष्पक्ष सुनवाई और बाह्य अपील दोनों की मांग कर सकते हैं। यदि आप निष्पक्ष सुनवाई और बाह्य अपील की मांग करते हैं, तो निष्पक्ष सुनवाई अधिकारी का निर्णय ही "महत्वपूर्ण होगा।"

शिकायतें और शिकायत अपील
Aetna Better Health of New York आपकी चिंताओं या मुद्दों को यथाशीघ्र और आपकी संतुष्टि के साथ निपटाने का सर्वोत्तम प्रयास करेगा। आप हमारी शिकायत प्रक्रिया या अपील प्रक्रिया का उपयोग कर सकते हैं, यह इस बात पर निर्भर करता है कि आपकी समस्या किस प्रकार की है।

आपके द्वारा शिकायत या अपील दायर करने से आपकी सेवाओं या Aetna Better Health of New York के कर्मचारियों या स्वास्थ्य सेवा प्रदाता द्वारा आपके साथ किए जाने वाले व्यवहार में कोई परिवर्तन नहीं होगा। हम आपकी गोपनीयता बनाए रखेंगे। हम आपको शिकायत या अपील दर्ज करने में आवश्यक सहायता देंगे। इसमें आपको दुभाषिया सेवाएं प्रदान करना या दृष्टि और/या श्रवण संबंधी समस्याओं के मामले में सहायता प्रदान करना शामिल है। आप अपने लिए कार्य करने हेतु किसी व्यक्ति (जैसे किसी रिश्तेदार, मित्र या प्रदाता) को चुन सकते हैं।

शिकायत दर्ज करने के लिए कृपया फ़ोन करें: **1-855-456-9126** या लिखें: PO Box 81040 5801 Postal Road Cleveland, OH 44181. जब आप हमसे संपर्क करेंगे तो आपको अपना नाम, पता, टेलीफोन नंबर और समस्या का विवरण देना होगा।

शिकायत क्या है?
शिकायत आपके द्वारा हमारे स्टाफ या कवर की गई सेवाओं के प्रदाताओं से प्राप्त देखभाल और उपचार के बारे में असंतोष व्यक्त करने वाला कोई भी संचार है। उदाहरण के लिए, यदि किसी ने आपके साथ अभद्र व्यवहार किया, या यदि वह आपको दिखाई नहीं दिया, या आपको हमारे द्वारा दी गई देखभाल या सेवाओं की गुणवत्ता पसंद नहीं आई, तो आप हमारे पास शिकायत दर्ज करा सकते हैं।

शिकायत प्रक्रिया

आप हमारे पास मौखिक या लिखित रूप से शिकायत दर्ज करा सकते हैं। आपकी शिकायत प्राप्त करने वाला व्यक्ति उसे दर्ज करेगा, तथा उपयुक्त योजना कर्मचारी शिकायत की समीक्षा की देखरेख करेंगे। हम आपको एक पत्र भेजेंगे जिसमें आपको बताया जाएगा कि हमें आपकी शिकायत प्राप्त हुई है तथा हमारी समीक्षा प्रक्रिया का विवरण भी दिया जाएगा। हम आपकी शिकायत की समीक्षा करेंगे और आपको दो समय-सीमाओं में से एक के भीतर लिखित उत्तर देंगे।

1. यदि देरी से आपके स्वास्थ्य के लिए जोखिम काफी बढ़ जाएगा, तो हम आवश्यक सूचना प्राप्त होने के 48 घंटे के भीतर निर्णय लेंगे, लेकिन प्रक्रिया शिकायत प्राप्त होने के 7 दिनों के भीतर पूरी होनी चाहिए।
2. अन्य सभी प्रकार की शिकायतों के लिए, हम आवश्यक सूचना प्राप्त होने के 45 दिनों के भीतर आपको अपने निर्णय से अवगत करा देंगे, लेकिन प्रक्रिया शिकायत प्राप्त होने के 60 दिनों के भीतर पूरी होनी चाहिए। यदि आप अनुरोध करें या हमें अधिक जानकारी की आवश्यकता हो तथा विलंब आपके हित में हो तो समीक्षा अवधि को 14 दिनों तक बढ़ाया जा सकता है।

हमारा उत्तर यह बताएगा कि आपकी शिकायत की समीक्षा करने पर हमें क्या मिला तथा आपकी शिकायत के बारे में हमारा निर्णय क्या है।

मैं शिकायत निर्णय के विरुद्ध अपील कैसे करूँ?

यदि आप हमारी ओर से आपकी शिकायत के संबंध में लिए गए निर्णय से संतुष्ट नहीं हैं, तो आप शिकायत अपील दायर करके अपने मुद्दे की दूसरी समीक्षा का अनुरोध कर सकते हैं। आपको मौखिक या लिखित रूप से शिकायत अपील दायर करनी होगी। इसे आपकी शिकायत के बारे में हमारे प्रारंभिक निर्णय की प्राप्ति के 60 व्यावसायिक दिनों के भीतर दायर किया जाना चाहिए। जब हमें आपकी अपील प्राप्त हो जाएगी, तो हम आपको 15 व्यावसायिक दिनों के भीतर एक लिखित पावती भेजेंगे, जिसमें उस व्यक्ति का नाम, पता और टेलीफोन नंबर दिया होगा जिसे हमने आपकी अपील का जवाब देने के लिए नामित किया है। सभी शिकायत अपील उपयुक्त पेशेवरों द्वारा संचालित की जाएंगी, जिनमें नैदानिक मामलों से संबंधित शिकायतों के लिए स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर भी शामिल होंगे, जो प्रारंभिक अनुपालन निर्णय में शामिल नहीं थे।

मानक शिकायत अपील के लिए, हम अपना निर्णय लेने के लिए सभी आवश्यक जानकारी प्राप्त करने के बाद 30 व्यावसायिक दिनों के भीतर अपील का निर्णय लेंगे। यदि हमारे निर्णय में देरी से आपके स्वास्थ्य के लिए जोखिम काफी बढ़ जाएगा, तो हम *त्वरित* शिकायत अपील प्रक्रिया का उपयोग करेंगे। *त्वरित* शिकायत अपील के लिए, हम आवश्यक सूचना प्राप्त होने के 2 व्यावसायिक दिनों के भीतर अपनी अपील पर निर्णय लेंगे। मानक और *त्वरित* शिकायत अपील दोनों के लिए, हम आपको आपकी शिकायत अपील पर अपने निर्णय की लिखित सूचना देंगे। नोटिस में हमारे निर्णय के विस्तृत कारण शामिल होंगे, तथा नैदानिक मामलों में हमारे निर्णय के लिए नैदानिक तर्क भी शामिल होगा।

सहभागी लोकपाल

प्रतिभागी लोकपाल, जिसे स्वतंत्र उपभोक्ता वकालत नेटवर्क (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN) कहा जाता है, एक स्वतंत्र संगठन है जो न्यूयॉर्क राज्य में दीर्घकालिक देखभाल प्राप्तकर्ताओं को निःशुल्क लोकपाल सेवाएं प्रदान करता है। आप अपने कवरेज, शिकायतों और अपील विकल्पों के बारे में निःशुल्क स्वतंत्र सलाह प्राप्त कर सकते हैं। वे अपील प्रक्रिया को प्रबंधित करने में आपकी सहायता कर सकते हैं। वे आपको Aetna Better Health of New York जैसी MLTC योजना में नामांकन से पहले भी सहायता प्रदान कर सकते हैं। इस सहायता में निष्पक्ष स्वास्थ्य योजना चयन परामर्श और सामान्य योजना संबंधी जानकारी शामिल है। उनकी सेवाओं के बारे में अधिक जानने के लिए ICAN से संपर्क करें:

- फोन: **1-844-614-8800 (TTY रिले सेवा: 711)**
- वेब: **www.icannys.org | ईमेल: ican@cssny.org**

AETNA BETTER HEALTH OF NEW YORK MLTC योजना से नामांकन रद्द

निम्नलिखित में से किसी भी कारण से आपको MLTC योजना से बाहर नहीं किया जाएगा:

- कवर की गई चिकित्सा सेवाओं का उच्च उपयोग
- आपकी मौजूदा स्थिति या स्वास्थ्य में बदलाव
- आपकी विशेष आवश्यकताओं के परिणामस्वरूप घटी हुई मानसिक क्षमता या असहयोगी या विघटनकारी व्यवहार, जब तक कि उस व्यवहार के परिणामस्वरूप आप MLTC के लिए अयोग्य न हो जाएं।

स्वैच्छिक नामांकन रद्द

आप किसी भी समय किसी भी कारण से Aetna Better Health of New York को छोड़ने के लिए कह सकते हैं। नामांकन रद्द करने के लिए **1-855-456-9126** पर कॉल करें या हमें लिख सकते हैं। योजना आपको आपके अनुरोध की लिखित पुष्टि प्रदान करेगी। जिसमे हम आपके लिए एक स्वैच्छिक नामांकन रद्द करने का फॉर्म शामिल करेंगे, जिस पर आप हस्ताक्षर करके हमें वापस भेज देंगे। आपका अनुरोध कब प्राप्त होता है, इसके आधार पर इसकी प्रक्रिया में छह सप्ताह तक का समय लग सकता है। जब तक आप योग्य हैं, आप नियमित Medicaid से अपना नाम वापस ले सकते हैं या किसी अन्य स्वास्थ्य योजना में शामिल हो सकते हैं। यदि आपको व्यक्तिगत देखभाल की तरह CBLTSS की आवश्यकता बनी रहती है, तो आपको CBLTSS प्राप्त करने के लिए किसी अन्य MLTC योजना, Medicaid प्रबंधित देखभाल योजना या गृह एवं समुदाय आधारित छूट कार्यक्रम में शामिल होना होगा।

स्थानांतरण

आप हमारी योजना को 90 दिनों के लिए आज़मा सकते हैं। आप उस समय के दौरान किसी भी समय Aetna Better Health of New York को छोड़ सकते हैं और स्थानांतरित होकर किसी अन्य योजना में शामिल हो सकते हैं। यदि आप पहले 90 दिनों में नहीं जाते हैं, तो आपको Aetna Better Health of New York में नौ महीने तक रहना होगा, जब तक कि आपके पास कोई अच्छा कारण (अच्छी वजह) न हो।

- आप हमारे सेवा क्षेत्र से बाहर चले जाएं।
- आप, योजना, और आपका काउंटी सामाजिक सेवा विभाग या न्यूयॉर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग सभी सहमत हैं कि Aetna Better Health of New York को छोड़ना आपके लिए सबसे अच्छा है।
- आपका वर्तमान गृह देखभाल प्रदाता हमारी योजना के साथ काम नहीं करता है।
- हम आपको सेवाएं प्रदान करने में सक्षम नहीं हैं, जैसा कि राज्य के साथ हमारे अनुबंध के तहत हमें प्रदान करना आवश्यक है।

यदि आप योग्य हैं, तो आप किसी भी समय बिना किसी अच्छे कारण के मेडिकेड एडवांटेज प्लस (Medicaid Advantage Plus, MAP) या बुजुर्गों के लिए सर्व-समावेशी देखभाल कार्यक्रम (PACE) जैसे किसी अन्य प्रकार की प्रबंधित दीर्घकालिक देखभाल योजना में बदलाव कर सकते हैं।

योजना बदलने के लिए: New York Medicaid Choice को **1-888-401-6582** पर कॉल करें। New York Medicaid Choice परामर्शदाता आपकी स्वास्थ्य योजना बदलने में मदद कर सकते हैं।

किसी नई योजना में आपके नामांकन को सक्रिय होने में दो से छह सप्ताह का समय लग सकता है। आपको New York Medicaid Choice से एक नोटिस मिलेगा जिसमें आपको अपनी नई योजना में नामांकन की तारीख बताई जाएगी। तब तक Aetna Better Health of New York आपको आवश्यक देखभाल प्रदान करेगी।

यदि आपको त्वरित कार्रवाई की आवश्यकता है तो New York Medicaid Choice को कॉल करें, क्योंकि योजनाओं को स्थानांतरित करने में लगने वाला समय आपके स्वास्थ्य के लिए हानिकारक होगा। यदि आपने New York Medicaid Choice को बताया है कि आप Aetna Better Health of New York में नामांकन के लिए सहमत नहीं हैं, तो आप उनसे त्वरित कार्रवाई के लिए भी कह सकते हैं।

अनैच्छिक नामांकन रद्द

अनैच्छिक नामांकन रद्द, Aetna Better Health of New York द्वारा शुरू किया गया नामांकन रद्द है। यदि आप स्वैच्छिक नामांकन रद्द का अनुरोध नहीं करते हैं, जब हमें पता चलेगा कि आप अनैच्छिक नामांकन रद्द शे किसी भी कारण से मिलते हैं तो हमें उस तिथि से पांच (5) व्यावसायिक दिनों के भीतर अनैच्छिक नामांकन रद्द शुरू करना होगा।

आपको Aetna Better Health of New York छोड़ना होगा यदि आप:

- अब वे Medicaid के लिए पात्र नहीं हैं।
- Aetna Better Health of New York सेवा क्षेत्र से स्थायी रूप से बाहर चले जाना।
- लगातार 30 दिनों से अधिक समय तक योजना के सेवा क्षेत्र से बाहर रहना।
- नर्सिंग होम देखभाल की आवश्यकता है लेकिन संस्थागत Medicaid के लिए पात्र नहीं हैं।
- अस्पताल में भर्ती होना या मानसिक स्वास्थ्य कार्यालय, बढ़ने वाली विकलांगता वाले लोगों के कार्यालय या शराब और मादक द्रव्यों के सेवन सेवाओं के कार्यालय के आवासीय कार्यक्रम में लगातार पैंतालीस (45) दिनों या उससे अधिक समय तक प्रवेश करना।
- मासिक आधार पर यह मूल्यांकन किया जाता है कि अब (CBLTSS) की कोई कार्यात्मक या नैदानिक आवश्यकता नहीं है।
- केवल Medicaid के अंतर्गत आते हैं तथा अब वे निर्धारित मूल्यांकन उपकरण के उपयोग से निर्धारित नर्सिंग होम स्तर की देखभाल को पूरा नहीं करना।
- सामाजिक दिवस देखभाल को अपनी एकमात्र सेवा के रूप में प्राप्त करना।
- अब प्रत्येक कैलेंडर माह में कम से कम एक CBLTSS की आवश्यकता नहीं होगी और न ही इसे प्राप्त किया जा सकेगा।
- किसी भी पुनर्मूल्यांकन के समय, समुदाय में रहते हुए, आप यह निर्धारित करते हैं कि अब आपको CBLTSS की कार्यात्मक या नैदानिक आवश्यकता नहीं है।
- कैद।
- योजना के बारे में गलत जानकारी प्रदान करना, अन्यथा धोखा देना, या आपकी योजना सदस्यता के किसी भी महत्वपूर्ण पहलू के संबंध में धोखाधड़ीपूर्ण आचरण में संलग्न होना।

हम आपसे Aetna Better Health of New York छोड़ने के लिए कह सकते हैं यदि आप:

- या परिवार का कोई सदस्य या अनौपचारिक देखभालकर्ता या घर का कोई अन्य व्यक्ति ऐसे आचरण या व्यवहार में संलग्न होता है जो योजना की सेवाएं प्रदान करने की क्षमता को गंभीर रूप से प्रभावित करता है
- स्थानीय सामाजिक सेवा विभाग द्वारा निर्धारित राशि का भुगतान करने में विफल रहना या योजना के लिए देय राशि का भुगतान करने की व्यवस्था न करना, जो कि राशि के प्रथम बार देय होने के 30 दिनों के भीतर व्यय/अधिशेष के रूप में होनी चाहिए। हमने धन एकत्र करने के लिए उचित प्रयास किया होगा।

अनैच्छिक रूप से नामांकन रद्द किए जाने से पहले, Aetna Better Health of New York को न्यूयॉर्क मेडिकेड चॉइस (New York Medicaid Choice, NYMC), या राज्य द्वारा नामित संस्था का अनुमोदन प्राप्त करना होगा। नामांकन रद्द करने की प्रभावी तिथि उस महीने के बाद वाले महीने का पहला दिन होगी जिसमें आप नामांकन के लिए अयोग्य हो गए थे। यदि आपको CBLTSS की आवश्यकता बनी रहती है तो आपको कोई अन्य योजना चुननी होगी, या आपको स्वचालित रूप से कोई अन्य योजना सौंप दी जाएगी।

सांस्कृतिक और भाषाई योग्यता

Aetna Better Health of New York आपके विश्वासों का सम्मान करता है और सांस्कृतिक विविधता के प्रति संवेदनशील है। हम आपकी संस्कृति और सांस्कृतिक पहचान का सम्मान करते हैं और सांस्कृतिक असमानताओं को खत्म करने के लिए काम करते हैं। हम एक समावेशी सांस्कृतिक रूप से सक्षम प्रदाता नेटवर्क बनाए रखते हैं और सभी सदस्यों को सांस्कृतिक रूप से उपयुक्त तरीके से सेवाओं की डिलीवरी को बढ़ावा देते हैं और सुनिश्चित करते हैं। इसमें सीमित अंग्रेजी कौशल, विविध सांस्कृतिक और जातीय पृष्ठभूमि, तथा विविध धार्मिक समुदाय वाले लोग शामिल हैं, लेकिन यह इन्हीं तक सीमित नहीं है।

सदस्य अधिकार और जिम्मेदारियाँ

Aetna Better Health of New York यह सुनिश्चित करने के लिए हर संभव प्रयास करेगा कि सभी सदस्यों के साथ सम्मान और गरिमा के साथ व्यवहार किया जाए। नामांकन के समय, आपका देखभाल प्रबंधक आपको आपके अधिकारों और जिम्मेदारियों के बारे में बताएगा। यदि आपको अनुवाद सेवाओं की आवश्यकता है, तो आपका देखभाल प्रबंधक उनकी व्यवस्था करेगा। कर्मचारी आपके अधिकारों का प्रयोग करने में आपकी सहायता करने का हर संभव प्रयास करेंगे।

सदस्य अधिकार

- आपको चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल प्राप्त करने का अधिकार है।
- आपको समय पर देखभाल और सेवाओं तक पहुंच का अधिकार है।
- आपको अपने मेडिकल रिकॉर्ड और उपचार के बारे में गोपनीयता का अधिकार है।
- आपको उपलब्ध उपचार विकल्पों और विकल्पों के बारे में जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है, जो आपके समझने योग्य तरीके और भाषा में प्रस्तुत किया गया हो।
- आपको अपने समझ मे आने वाली भाषा में जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है; आप मौखिक अनुवाद सेवाएं निःशुल्क प्राप्त कर सकते हैं।
- उपचार शुरू होने से पहले सूचित सहमति देने के लिए आवश्यक जानकारी प्राप्त करने का अधिकार आपके पास है।
- आपके साथ सम्मान और प्रतिष्ठा के साथ व्यवहार किए जाने का अधिकार है।
- आपको अपने मेडिकल रिकॉर्ड की एक प्रति प्राप्त करने तथा उसमें संशोधन या सुधार की मांग करने का अधिकार है।
- आपको अपने स्वास्थ्य देखभाल से संबंधित निर्णय लेने का अधिकार है, जिसमें उपचार से इंकार करने का अधिकार भी शामिल है।
- आपको किसी भी प्रकार के प्रतिबंध या एकांतवास से मुक्त रहने का अधिकार है, जिसका प्रयोग बल प्रयोग, अनुशासन, सुविधा या प्रतिशोध के साधन के रूप में किया जाता है।
- आपको लिंग, जाति, स्वास्थ्य स्थिति, रंग, आयु, राष्ट्रीय मूल, यौन अभिविन्यास, वैवाहिक स्थिति या धर्म की परवाह किए बिना देखभाल पाने का अधिकार है।

- आपको यह बताने का अधिकार है कि आपको अपनी प्रबंधित दीर्घावधि देखभाल योजना से आवश्यक सेवाएं कहां, कब और कैसे प्राप्त होंगी, जिसमें यह भी शामिल है कि यदि नेटवर्क से बाहर के प्रदाता योजना नेटवर्क में उपलब्ध नहीं हैं तो आप उनसे कवर किए गए लाभ कैसे प्राप्त कर सकते हैं।
- आपके पास न्यूयॉर्क राज्य के स्वास्थ्य विभाग या अपने स्थानीय सामाजिक सेवा विभाग से शिकायत करने का अधिकार है।
- जहां उपयुक्त हो, आपको न्यूयॉर्क राज्य निष्पक्ष सुनवाई प्रणाली और/या न्यूयॉर्क राज्य बाह्य अपील का उपयोग करने का अधिकार है।
- आपको अपनी देखभाल और उपचार के बारे में बोलने के लिए किसी को नियुक्त करने का अधिकार है।
- आपको प्रतिभागी लोकपाल कार्यक्रम से सहायता लेने का अधिकार है।

सदस्य की जिम्मेदारियाँ

- Aetna Better Health of New York के माध्यम से कवर की गई सेवाएं प्राप्त करना।
- कवर की गई सेवाओं के लिए Aetna Better Health of New York नेटवर्क प्रदाताओं का उपयोग करना, जहां तक नेटवर्क प्रदाता उपलब्ध हैं।
- पूर्व-अनुमोदित कवर्ड सेवाओं या आपातकालीन स्थितियों को छोड़कर, कवर्ड सेवाओं के लिए पूर्व अनुमति प्राप्त करना; यदि आपकी स्वास्थ्य स्थिति में कोई परिवर्तन होता है, तो अपने चिकित्सक से जांच करवाना।
- अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं के साथ पूर्ण और सटीक स्वास्थ्य जानकारी साझा करना।
- अपने स्वास्थ्य में किसी भी परिवर्तन के बारे में Aetna Better Health of New York के स्टाफ को सूचित करना, तथा यदि आपको समझ में नहीं आ रहा है या आप निर्देशों का पालन करने में असमर्थ हैं तो इसकी जानकारी देना।
- Aetna Better Health of New York स्टाफ द्वारा अनुशंसित देखभाल योजना का पालन करना (आपके इनपुट के साथ)।
- Aetna Better Health of New York के कर्मचारियों के साथ सहयोग करना और उनके प्रति सम्मान रखना तथा नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, धर्म, लिंग, आयु, मानसिक या शारीरिक क्षमता, यौन अभिविन्यास, या वैवाहिक स्थिति के आधार पर Aetna Better Health of New York के कर्मचारियों के साथ भेदभाव नहीं करना।
- गैर-कवर या गैर-पूर्व-अनुमोदित सेवाएं प्राप्त करने के दो व्यावसायिक दिनों के भीतर Aetna Better Health of New York को सूचित करना।
- जब भी आप अपने लिए निर्धारित सेवाओं या देखभाल प्राप्त करने के लिए घर पर न हों, तो अपनी Aetna Better Health of New York स्वास्थ्य देखभाल टीम को पहले से सूचित करें।
- सेवा क्षेत्र से स्थायी रूप से बाहर जाने से पहले या सेवा क्षेत्र से किसी भी लम्बे समय तक अनुपस्थित रहने से पहले Aetna Better Health of New York को सूचित करना।
- यदि आप उपचार लेने से इनकार करते हैं या अपने देखभालकर्ता के निर्देशों का पालन नहीं करते हैं तो आपके कार्य।

- अपने वित्तीय दायित्वों को पूरा करना।

अग्रिम निर्देश

अग्रिम निर्देश कानूनी दस्तावेज हैं जो यह सुनिश्चित करते हैं कि यदि आप स्वयं निर्णय नहीं ले सकते तो आपके अनुरोध पूरे किए जाएंगे। अग्रिम निर्देश स्वास्थ्य देखभाल प्रॉक्सी, लिविंग विल या पुनर्जीवित न करने के आदेश के रूप में आ सकते हैं। ये दस्तावेज आपको बता सकते हैं कि आप किन परिस्थितियों में किस प्रकार की देखभाल चाहते हैं, और/या वे किसी विशेष पारिवारिक सदस्य या मित्र को आपकी ओर से निर्णय लेने के लिए अधिकृत कर सकते हैं।

अपनी इच्छानुसार अग्रिम निर्देश देना आपका अधिकार है। यदि आप बीमारी या चोट के कारण प्रदाताओं से सूचित तरीके से संवाद करने में सक्षम नहीं हैं, तो आपके लिए यह दस्तावेज बनाना सबसे महत्वपूर्ण है कि आप अपनी देखभाल कैसे जारी रखना चाहेंगे। इन दस्तावेजों को पूरा करने में सहायता के लिए कृपया अपने देखभाल प्रबंधक से संपर्क करें। यदि आपके पास पहले से ही कोई उन्नत निर्देश है, तो कृपया उसकी एक प्रति अपने देखभाल प्रबंधक के साथ साझा करें।

अनुरोध पर जानकारी उपलब्ध

- Aetna Better Health of New York की संरचना और संचालन के बारे में जानकारी।
- किसी विशेष स्वास्थ्य स्थिति से संबंधित विशिष्ट नैदानिक समीक्षा मानदंड और अन्य जानकारी, जिसे Aetna Better Health of New York, सेवाओं को अधिकृत करते समय ध्यान में रखती है।
- संरक्षित स्वास्थ्य सूचना पर नीतियां और प्रक्रियाएं।
- गुणवत्ता आश्वासन और प्रदर्शन सुधार कार्यक्रम की संगठनात्मक व्यवस्था और चल रही प्रक्रियाओं का लिखित विवरण।
- प्रदाता प्रमाणन नीतियां।
- Aetna Better Health of New York द्वारा प्रमाणित वित्तीय विवरण की नवीनतम प्रति; प्रदाता की पात्रता निर्धारित करने के लिए Aetna Better Health of New York द्वारा प्रयुक्त नीतियां और प्रक्रियाएं।

इलेक्ट्रॉनिक सूचना विकल्प

Aetna Better Health of New York और हमारे विक्रेता आपको सेवा प्राधिकरण, योजना अपील, शिकायत और शिकायत अपील के बारे में सूचनाएं फोन या मेल के बजाय इलेक्ट्रॉनिक रूप से भेज सकते हैं।

हम आपको ये सूचना ईमेल या फैक्स द्वारा भेज सकते हैं। ईमेल और/या फैक्स भेजने या प्राप्त करने पर डेटा दरें लागू हो सकती हैं।

यदि आप ये सूचना इलेक्ट्रॉनिक रूप से प्राप्त करना चाहते हैं, तो आपको हमसे पूछना होगा। इलेक्ट्रॉनिक सूचना मांगने के लिए कृपया हमसे फोन, ईमेल, फैक्स या मेल द्वारा संपर्क करें:

फ़ोन.....**1-855-456-9126**
ईमेल.....**NY_MemberServices@AETNA.com**
फैक्स.....**1-855-863-6421**
मेल.....**PO Box 818089, Cleveland, OH 44181-8089**

जब आप हमसे संपर्क करते हैं, तो आपको यह करना होगा:

- हमें बताएं कि आप सामान्यतः डाक द्वारा भेजे जाने वाले नोटिस कैसे प्राप्त करना चाहते हैं?
- हमें बताएं कि आप सामान्यतः फोन कॉल द्वारा दिए जाने वाले नोटिस कैसे प्राप्त करना चाहते हैं, और
- हमें अपनी संपर्क जानकारी दें (मोबाइल फोन नंबर, ईमेल पता, फैक्स नंबर, आदि)।

Aetna Better Health of New York आपको मेल द्वारा सूचित करेगा कि आपने इलेक्ट्रॉनिक रूप से नोटिस प्राप्त करने के लिए कहा है।

गोपनीयता अभ्यास की सूचना

यह नोटिस बताता है कि आपके बारे में चिकित्सा जानकारी का उपयोग और प्रकटीकरण किस प्रकार किया जा सकता है तथा आप इस जानकारी तक कैसे पहुंच सकते हैं। कृपया इसकी सावधानीपूर्वक समीक्षा करें।

यह नोटिस 2 मई 2012 से प्रभावी होगा।

जब हम "स्वास्थ्य जानकारी" शब्द का उपयोग करते हैं तो हमारा क्या मतलब होता है [1]

हम "स्वास्थ्य जानकारी" शब्द का प्रयोग तब करते हैं जब हमारा तात्पर्य ऐसी जानकारी से होता है जो आपकी पहचान कराती है। उदाहरणों में शामिल हैं:

- नाम
- जन्मतिथि
- आपको प्राप्त स्वास्थ्य देखभाल
- आपकी देखभाल के लिए भुगतान की गई राशि

हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग और साझा कैसे करते हैं

आपकी देखभाल करने में सहायता करें: हम आपकी स्वास्थ्य देखभाल में सहायता के लिए आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग कर सकते हैं। हम इसका उपयोग यह तय करने के लिए भी करते हैं कि आपके लाभ में कौन सी सेवाएं शामिल हैं। हम आपको उन सेवाओं के बारे में बता सकते हैं जो आप प्राप्त कर सकते हैं। यह जांच या चिकित्सा परीक्षण हो सकता है। हम आपको अपॉइंटमेंट के लिए भी याद दिला सकते हैं। हम आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी अन्य लोगों के साथ साझा कर सकते हैं जो आपकी देखभाल करते हैं। ये डॉक्टर या दवा की दुकानें हो सकती हैं। यदि आप अब हमारी योजना में नहीं हैं, तो आपकी सहमति से हम आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी आपके नए डॉक्टर को दे देंगे।

परिवार और दोस्तों: हम आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी किसी ऐसे व्यक्ति के साथ साझा कर सकते हैं जो आपकी मदद कर रहा है। वे आपकी देखभाल में मदद कर सकते हैं या आपकी देखभाल के लिए भुगतान करने में मदद कर सकते हैं। उदाहरण के लिए, यदि आपके साथ कोई दुर्घटना हो जाती है, तो हमें इनमें से किसी एक व्यक्ति से बात करने की आवश्यकता हो सकती है। यदि आप नहीं चाहते कि हम आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी दें तो हमें फोन करें।

यदि आपकी आयु अठारह वर्ष से कम है और आप नहीं चाहते कि हम आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी आपके माता-पिता को दें। हमें फ़ोन करें। यदि राज्य कानून द्वारा अनुमति दी जाए तो हम कुछ मामलों में मदद कर सकते हैं।

---

[1] इस नोटिस के प्रयोजनों के लिए, "Aetna" और सर्वनाम "हम", "हमें" और "हमारा" Aetna Inc की सभी HMO और लाइसेंस प्राप्त बीमाकर्ता सहायक कंपनियों को संदर्भित करते हैं। इन संस्थाओं को संघीय गोपनीयता उद्देश्यों के लिए एक एकल संबद्ध कवर इकाई के रूप में नामित किया गया है।

भुगतान के लिए: हम आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी उन लोगों को दे सकते हैं जो आपकी देखभाल का खर्च वहन करते हैं। आपके डॉक्टर को हमें एक दावा फॉर्म देना होगा जिसमें आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी शामिल हो। हम आपके डॉक्टर द्वारा दी जाने वाली देखभाल पर नज़र रखने के लिए भी आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी का उपयोग कर सकते हैं। हम आपके स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग की भी जांच कर सकते हैं।

स्वास्थ्य देखभाल कार्य: हम अपना काम करने में सहायता के लिए आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी का उपयोग कर सकते हैं। उदाहरण के लिए, हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग निम्नलिखित के लिए कर सकते हैं:

- स्वास्थ्य प्रचार
- केस प्रबंधन
- गुणवत्ता में सुधार
- धोखाधड़ी रोकथाम
- रोग प्रतिरक्षण
- कानूनी मामले

एक केस मैनेजर आपके डॉक्टर के साथ काम कर सकता है। वे आपको ऐसे कार्यक्रमों या स्थानों के बारे में बता सकते हैं जो आपकी स्वास्थ्य समस्या में आपकी मदद कर सकते हैं। जब आप हमें कोई प्रश्न पूछने के लिए कॉल करते हैं, तो आपको उत्तर देने के लिए हमें आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी देखनी पड़ती है।

अन्य व्यवसायों के साथ साझा करना: हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी अन्य व्यवसायों के साथ साझा कर सकते हैं। हम ऐसा ऊपर बताए गए कारणों से करते हैं। उदाहरण के लिए, हो सकता है कि आपकी योजना में परिवहन भी शामिल हो। हम आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी उनके साथ साझा कर सकते हैं ताकि आपको डॉक्टर के पास जाने में मदद मिल सके। यदि आप मोटर चालित व्हीलचेयर पर हैं तो हम उन्हें बता देंगे, ताकि वे आपको लेने के लिए कार के बजाय वैन भेज दें।

अन्य कारण जिनसे हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी साझा कर सकते हैं: हम इन कारणों से भी आपकी स्वास्थ्य जानकारी साझा कर सकते हैं:

- सार्वजनिक सुरक्षा - बाल शोषण जैसी चीज़ों में मदद करना। सार्वजनिक स्वास्थ्य के लिए खतरा।
- अनुसंधान – शोधकर्ताओं के लिए। आपकी जानकारी की सुरक्षा का पूरा ध्यान रखा जाता है।
- व्यावसायिक साझेदार - वे लोग जो हमें सेवाएं प्रदान करते हैं।
    - वे आपकी जानकारी को सुरक्षित रखने का वादा करते हैं।
- उद्योग विनियमन - राज्य और संघीय एजेंसियों के लिए।
    - वे यह सुनिश्चित करने के लिए हमारी जांच करते हैं कि हम अच्छा काम कर रहे हैं।
- कानून प्रवर्तन - संघीय, राज्य और स्थानीय प्रवर्तन लोगों के लिए।
- कानूनी कार्रवाई - किसी मुकदमे या कानूनी मामले के लिए अदालत में जाना।

कारण कि हमें आपके लिखित स्वीकृति की आवश्यकता होगी

ऊपर बताई गई बातों को छोड़कर, हम आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी का उपयोग करने या उसे साझा करने से पहले आपकी अनुमति मांगेंगे। उदाहरण के लिए, हम आपकी स्वीकृति प्राप्त करेंगे:

- विपणन कारणों से, जिनका आपकी स्वास्थ्य योजना से कोई लेना-देना नहीं है।
- कोई भी मनोचिकित्सा नोट्स साझा करने से पहले।
- आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी की बिक्री के लिए।
- कानून द्वारा अपेक्षित अन्य कारणों से।

आप किसी भी समय अपनी स्वीकृति रद्द कर सकते हैं। अपनी स्वीकृति रद्द करने के लिए हमें लिखें। जब हम आपको स्वास्थ्य देखभाल बीमा प्रदान करने का निर्णय लेते हैं तो हम आपकी आनुवंशिक जानकारी का उपयोग या साझा नहीं कर सकते।

आपके अधिकार क्या हैं?

आपको अपनी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी देखने का अधिकार है।

- आप हमसे इसकी एक प्रति मांग सकते हैं।
- आप अपने मेडिकल रिकॉर्ड मांग सकते हैं।
- अपने डॉक्टर के कार्यालय या उस स्थान पर कॉल करें जहां आपका इलाज हुआ था।

आपको हमसे अपनी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी बदलने के लिए कहने का अधिकार है।

- यदि आपको लगता है कि आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी सही नहीं है तो आप हमसे उसे बदलने के लिए कह सकते हैं।
- यदि हम आपके द्वारा मांगे गए परिवर्तन से सहमत नहीं हैं, तो हमसे लिखित में असहमति व्यक्त करने के लिए कहें।

आपको उन लोगों या समूहों की सूची प्राप्त करने का अधिकार है जिनके साथ हमने आपकी स्वास्थ्य जानकारी साझा की है।

आपको अपने साथ संपर्क बनाए रखने के लिए निजी तरीका मांगने का अधिकार है।

- यदि आपको लगता है कि जिस तरह से हम आपसे संपर्क में रहते हैं वह पर्याप्त निजी नहीं है, तो हमें कॉल करें।
- हम आपसे अधिक निजी तरीके से संपर्क बनाए रखने का पूरा प्रयास करेंगे।

आपको यह अधिकार है कि आप हमसे यह मांग करें कि हम आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी का उपयोग या उसे साझा करने में विशेष सावधानी बरतें।

- हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग या साझा इस सूचना में वर्णित तरीकों से कर सकते हैं।
- आप हमसे अनुरोध कर सकते हैं कि हम आपकी जानकारी का इन तरीकों से उपयोग या साझा न करें। इसमें आपकी स्वास्थ्य देखभाल से जुड़े लोगों के साथ जानकारी साझा करना भी शामिल है।
- हमें सहमत होना जरूरी नहीं। लेकिन हम इस बारे में सावधानी से सोचेंगे।

आपको यह जानने का अधिकार है कि क्या आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी आपकी अनुमति के बिना साझा की गई है।

- अगर हम ऐसा करेंगे तो आपको पत्र लिखकर बता देंगे।

हमें टोल फ्री नंबर **1-855-456-9126** पर कॉल करें:

- हमें ऊपर दिए गए किसी भी कार्य को करने के लिए कहें।
- कृपया हमसे इस नोटिस की कागजी प्रति मांगें।
- नोटिस के बारे में कोई भी प्रश्न हमसे पूछें।

आपको हमें शिकायत भेजने का भी अधिकार है। यदि आपको लगता है कि आपके अधिकारों का उल्लंघन हुआ है, तो हमें इस पते पर लिखें:
Aetna Better Health® of New York
P.O. Box 818089
Cleveland, OH 44181-8089

आप स्वास्थ्य एवं मानव सेवा विभाग, नागरिक अधिकार कार्यालय में भी शिकायत दर्ज करा सकते हैं। पता पाने के लिए हमें फोन करें।

यदि आप नाखुश हैं और नागरिक अधिकार कार्यालय को बता देते हैं, तो आपको योजना की सदस्यता या स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं नहीं खोनी पड़ेंगी। हम आपकी शिकायत का इस्तेमाल आपके ख़िलाफ़ नहीं करेंगे।

आपकी जानकारी की सुरक्षा

हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी को विशिष्ट प्रक्रियाओं के माध्यम से सुरक्षित रखते हैं, जैसे:

- प्रशासनिक। हमारे पास नियम हैं जो हमें बताते हैं कि आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी का उपयोग कैसे किया जाए, चाहे वह किसी भी रूप में हो - लिखित, मौखिक या इलेक्ट्रॉनिक।
- भौतिक। आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी सुरक्षित स्थानों पर सुरक्षित रखी जाती है। हम अपने कंप्यूटरों और इमारतों में प्रवेश की सुरक्षा करते हैं। इससे हमें अनाधिकृत प्रवेश को रोकने में मदद मिलती है।

- तकनीकी। आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी तक पहुंच “भूमिका-आधारित” है। इससे केवल उन लोगों को ही आपकी पहुंच मिल सकेगी जिन्हें अपना काम करना है और आपकी देखभाल करनी है।

हम आपकी स्वास्थ्य जानकारी की सुरक्षा के लिए सभी राज्य और संघीय कानूनों का पालन करते हैं।

क्या हम इस नोटिस को बदलेंगे

कानून के अनुसार, हमें आपकी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी गोपनीय रखनी होगी। हमें इस नोटिस में कही गई बातों का पालन करना होगा। हमें इस नोटिस को बदलने का भी अधिकार है। यदि हम इस सूचना में परिवर्तन करते हैं, तो यह परिवर्तन आपकी समस्त जानकारी पर लागू होगा जो हमारे पास है या भविष्य में हमें प्राप्त होगी। आप हमारी वेबसाइट **AetnaBetterHealth.com/NewYork** पर नवीनतम नोटिस की एक प्रति प्राप्त कर सकते हैं

भेदभाव न करने की सूचना

Aetna Better Health of NY संघीय नागरिक अधिकार कानूनों का अनुपालन करता है। **Aetna Better Health of NY** जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, आयु, विकलांगता या लिंग के आधार पर लोगों को बाहर नहीं करता है या उनके साथ अलग व्यवहार नहीं करता है।

Aetna Better Health of NY निम्नलिखित प्रदान करता है:

- विकलांग लोगों के लिए निःशुल्क सहायता और सेवाएं, ताकि आप हमसे संवाद कर सकें, जैसे:
  - संकेत भाषाओं के योग्य दुभाषिए
  - अन्य प्रारूपों में लिखित जानकारी (बड़े प्रिंट, ऑडियो, सुलभ इलेक्ट्रॉनिक प्रारूप, अन्य प्रारूप)
- जिन लोगों की मातृभाषा अंग्रेजी नहीं है, उनके लिए निःशुल्क भाषा सेवाएं, जैसे:
  - योग्यता प्राप्त दुभाषिए
  - अन्य भाषाओं में लिखित जानकारी

यदि आपको इन सेवाओं की आवश्यकता है, **तो Aetna Better Health of NY को** 1-855-456-9126 पर कॉल करें। TTY/TDD सेवाओं के लिए NY Relay 711 पर कॉल करें।

यदि आप मानते हैं कि **Aetna Better Health of NY** ने आपको ये सेवाएं नहीं दी हैं या नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, आयु, विकलांगता या लिंग के आधार पर आपके साथ अलग व्यवहार किया है, तो आप **Aetna Better Health of NY** के पास निम्नलिखित तरीके से शिकायत दर्ज करा सकते हैं:

मेल: Attn: Civil Rights Coordinator P.O. Box 818001, Cleveland, OH 44181-8001
फ़ोन: 1-855-456-9126 (TTY/TDD सेवाओं के लिए, NY Relay 711 पर कॉल करें)
फैक्स: 1-855-264-3822
स्वयं: 101 Park Avenue, 15th Floor, New York, NY 10178
ईमेल: NY_GrievanceAppeals@aetna.com

आप अमेरिकी स्वास्थ्य एवं मानव सेवा विभाग, नागरिक अधिकार कार्यालय में नागरिक अधिकार शिकायत भी दर्ज करा सकते हैं:

वेब:	नागरिक अधिकार शिकायत पोर्टल कार्यालय पर *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*
मेल:	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201 शिकायत फॉर्म http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html पर उपलब्ध हैं
फ़ोन:	1-800-368-1019 (TTY/TDD 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
توجهملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-385-4104 (NY Relay 711)	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 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 פון 1-800-385-4104 אפצאל. רופט.	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
ল□□ ক□নঃ যিদ আপদন বাাংলা, কথা বলেত পা◌েতন, ে◌◌◌◌াহতল দনঃ◌েখচায় ভাষা সহা◌েয়া পেদতষবা উপল□ আেত। ফ ◌◌ান ক□ন ১1-800-385-4104NY 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
توجہ دیں:اگر آپ اردو زبان بولتے ہیں، تو زبان سے متعلق مدد کی خدمات آپ کے لیے مفت دستیاب ہیں۔ 1-800-385-4104 NY Relay 711 کے پیچھے موجود نمبر پر یا اپنے شناختی کارڈ پر رابطہ کریں۔	Urdu
ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-385-4104 (NY Relay 711) पर कॉल करें।	Hindi

AetnaBetterHealth.com/NewYork

©2024 Aetna Inc.

1376310-NY-HI (rev 6/2024)

aetna®

Aetna Better Health® of New York