



함께 하는 삶

2023 가입자 안내서

귀하의 의료 혜택에 대해 알아보십시오

AetnaBetterHealth.com/NewYork



Aetna Better Health® of New York

1376310-NY-KO

개인 정보

치료 관리자(Care Manager) 이름과 전화번호

부치료 관리자(Care Manager Associate) 이름과 전화번호

가입자 서비스 전화번호: **1-855-456-9126**



Aetna Better Health of New York

관리형 장기 치료(MLTC) 프로그램

가입자 안내 책자

목차

유용한 정보	4
가입자 서비스부에서 도움 받기	6
MLTC 플랜 가입 자격	6
뉴욕 독립 평가관(NYIA) - 초기 평가 과정	7
플랜 가입자(ID) 카드	11
Aetna Better Health of New York MLTC PLAN이 보장하는 서비스	11
건강 관리 서비스	11
추가 보장 서비스	13
한도	15
서비스 지역 외부에서 진료 받기	15
응급 서비스	15
전환 치료 절차	16
추적형 재정 지원(MFP)/오픈 도어스(개인 지원) 프로그램	16
저희 플랜에서 보장하지 않는 MEDICAID 서비스	17
약국	17
Aetna Better Health of New York 또는 MEDICAID에서 보장하지 않는 서비스	18
서비스 승인, 조치 및 이의 제기	19
사전 승인	20
동시 심사	21
소급 심사	21
서비스 승인 요청을 받은 후에는 어떻게 되나요?	21
사전 승인 요청 기간	22
동시 심사 요청 기간	22
조치란 무엇인가요?	23
조치에 대한 통지 시기	23
조치 통지서의 내용	24
조치에 대한 이의 제기는 어떻게 접수하나요?	25
이의 제기를 접수하려면 플랜에 어떻게 연락해야 하나요?	25
일부 조치의 경우 이의 제기 과정 중에 서비스 지속 요청 가능	25
플랜이 조치의 이의 제기에 대한 결정을 내리는 데 시간이 얼마나 걸리나요?	26
신속 이의 제기	26
플랜이 내 이의 제기를 거절할 경우, 무엇을 할 수 있나요?	27
주 공청회	27
주 외부 이의 제기	28
불만 및 이의 제기	29
불만 제기란 무엇인가요?	30
불만 제기 과정	30
불만 제기 결정에 이의를 제기하려면 어떻게 하나요?	30

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

참여자 옴부즈맨	31
자발적 탈퇴	32
이전	32
비자발적 탈퇴	33
문화 및 언어 능력	34
가입자 권리 및 책임	34
가입자 권리	35
가입자의 책임	35
사전 지침	36
요청 시 사용 가능한 정보	37

가입자 서비스부 **1-855-456-9126** (NY 교환: 711은 청각 장애인용)

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/NewYork)

유용한 정보		
성명	전화, 팩스, 이메일	주소
Aetna Better Health of New York 가입자 서비스	전화: 1-855-456-9126 팩스: 1-855-863-6421 웹사이트: AetnaBetterHealth.com/NewYork	Aetna Better Health 101 Park Avenue 15th Floor New York, NY 10178
청각 장애 서비스	New York Relay 7-1-1	
비용급 교통편	귀하의 건강 관리 팀 담당자 또는 Aetna Better Health of New York 가입자 서비스부에 1-855-456-9126 번으로 문의해 주십시오.	
응급 의료 서비스	9-1-1	
치과 서비스, LIBERTY Dental Plan 제공	1-855-225-1727 (TTY 877-855-8039)	
안과 서비스, EyeQuest 제공	1-855-873-1282 월요일 - 금요일 오전 8시 - 오후 8시	
언어 통역 서비스	Aetna Better Health of New York 가입자 서비스 전화 1-855-456-9126	
고충 및 이의 제기	Aetna Better Health of New York 가입자 서비스 전화 1-855-456-9126 팩스: 1-855-264-3822	Aetna Better Health of New York Grievance & Appeals Department PO Box 81040 5801 Postal Road Cleveland, OH 44181

가입자 서비스부 **1-855-456-9126** (NY 교환: 711은 청각 장애인용)

AetnaBetterHealth.com/NewYork

성명	전화, 팩스, 이메일	주소
샤기 및 남용 핫라인	1-855-456-9126	
Nassau 카운티 사회복지부(DSS)	516- 227-7474	
Suffolk 카운티 사회복지부(DSS)	631-854-9935	
New York 시 인적자원관리국(HRA)	1-877-422-8411	
NY Department of Aging(뉴욕 주 노인부)	518-474-7012	
NYS 재무서비스부	1-800-400-8882	뉴욕주 재무서비스부 PO Box 7209 Albany NY, 12224-0209
뉴욕주 Department of Health Bureau of Managed Long-term Care New York State Department of Health (Complaints)	1-866-712-7197	
New York Medicaid Choice (Maximus)	1-888-401-6582	

가입자 서비스부 **1-855-456-9126** (NY 교환: 711은 청각 장애인용)

AetnaBetterHealth.com/NewYork

Aetna Better Health of New York Managed Long-Term Care (MLTC) 플랜에 오신 것을 환영합니다. MLTC 플랜은 특히 Medicaid 가입자이고 가정과 지역사회에 최대한 오래 머물기 위해 가정 간호 및 개인 간호 등 의료 및 지역사회 기반 장기 간호 서비스 및 지원(CBLTSS)을 필요로 하는 사람들을 위해 설계되었습니다.

이 안내 책자는 귀하가 플랜에 가입하신 이후의 추가 혜택인 Aetna Better Health of New York 보장 내용을 다룹니다. 또한 서비스 요청, 불만이나 고충 제기, Aetna Better Health of New York에서 탈퇴하는 방법에 관해서도 다룹니다. 이 안내 책자는 참고용으로 보관하십시오. 여기에는 Aetna Better Health of New York 및 저희 플랜의 이점에 관한 중요한 정보가 들어 있습니다. 이 안내 책자는 보장 서비스와 이 서비스를 받는 방법을 알아보는 데 필요합니다.

가입자 서비스부에서 도움 받기

주 7일, 하루 24시간 언제든지 아래 번호로 가입자 서비스부에 연락하실 수 있습니다.

가입자 서비스부에 도움을 드릴 담당자가 상시 대기 중입니다:

1-855-456-9126번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다.

전화 **1-855-456-9126(NY 교환: 711)**번은 청각 장애용입니다

가입자는 다른 언어로 정보를 받거나 청각 또는 시각 장애가 있는 경우 케이스 관리자 또는 가입자 서비스 담당자에게 연락하여 정보를 받을 수 있습니다.

MLTC 플랜 가입 자격

MLTC 플랜은 Medicaid 가입자를 위한 플랜입니다. MLTC 플랜 가입 자격 조건은 다음과 같습니다:

1. 21세 이상인 경우
2. 플랜의 서비스 지역인 Manhattan, Brooklyn, Queens, Bronx, Nassau 및 Suffolk에 거주할 경우
3. Medicaid 가입자인 경우

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

4. Medicaid만 있고 영양원 수준의 치료를 받을 수 있는 경우
5. 귀하의 건강과 안전에 아무 해도 끼치지 않고 귀하의 가정과 지역사회에 복귀하거나 거주할 때 가입할 수 있는 경우, **및**
6. 가입일로부터 120일 이상의 연속 기간 동안 MLTC 플랜이 적용되는 다음의 CBLTSS(Community Based Long Term Services and Supports) 중 하나 이상이 필요한 경우
 - a. 가정에서의 간호 서비스
 - b. 가정에서의 치료
 - c. 재택 건강 관리 서비스
 - d. 가정에서의 개인 돌봄 서비스
 - e. 성인 일일 건강 관리,
 - f. 개인 당직 간호 또는
 - g. 환자 지정 보호인 서비스

이 가입자 안내서에 설명된 보장 범위는 Aetna Better Health of New York MLTC 플랜 가입일로부터 유효합니다. MLTC 플랜 가입은 자발적인 선택입니다.

뉴욕 독립 평가관(NYIA) - 초기 평가 과정

2022년 5월 16일부터 CFEEC(Conflict Free Evaluation and Enrollment Center)는 이제 뉴욕 독립 평가관(NYIA)으로 알려져 있습니다. NYIA는 초기 평가 과정을 관리합니다. NYIA는 나중에 신속 초기 평가를 시작하게 됩니다. 초기 평가 과정에는 다음을 완료하는 것이 포함됩니다.

- **커뮤니티 건강 평가(CHA):** CHA는 가입자가 개인 관리 및/또는 소비자 주도 개인 지원 서비스(PCS/CDPAS)를 필요로 하는지, 그리고 관리형 장기 치료 플랜에 가입할 자격이 있는지 확인하는 데 사용됩니다.
- **진료 예약 및 개업의 지시(PO):** PO는 가입자의 진료 약속을 문서화하고 다음을 나타냅니다.
 - 일상 활동에 도움이 필요한 경우 **및**

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

- 자택에서 PCS 및/또는 CDPAS를 받을 수 있도록 가입자의 건강 상태가 안정적인 경우.

NYIA는 CHA와 임상 약속을 모두 예약하게 됩니다. CHA는 숙련된 공인 간호사(RN)가 작성하게 됩니다. CHA 완료 후, NYIA의 임상가가 임상 예약을 완료하고 며칠 후에 PO를 완료하게 됩니다.

Aetna Better Health of New York은 CHA 및 PO 결과를 사용해 가입자에게 어떤 종류의 도움이 필요한지 확인하고 치료 플랜을 세우게 됩니다. 치료 플랜에서 하루 평균 12시간 이상 PCS 및/또는 CDPAS를 제안할 경우, NYIA 독립 심사 패널(IRP)의 별도 심사를 거쳐야 합니다. IRP는 가입자의 CHA, PO, 치료 플랜 및 기타 의료 문서를 심사하게 될 의료 전문가들로 구성된 패널입니다. 더 많은 정보가 필요한 경우 패널의 일원 중 누군가가 가입자를 검사하거나 가입자의 필요 사항을 논의할 수 있습니다. IRP는 치료 플랜이 가입자의 필요를 충족하는지 여부에 대해 Aetna Better Health of New York에 추천하게 됩니다.

NYIA가 초기 평가 단계를 완료하고 가입자가 Medicaid 관리형 장기 치료 서비스 수혜 자격이 있다고 판정하면, 가입자는 가입할 관리형 장기 치료 서비스 플랜을 선택하게 됩니다.

1. 관리형 장기 치료 서비스를 처음 사용하거나 현재 다른 장기 치료 플랜에 가입되었는데 이전을 원할 경우, **1-855-456-9126** 번으로 당사 가입자 서비스에 전화할 수도 있습니다. 가입자 서비스부 담당자가 가입자 정보를 처리해 드릴 것입니다.
2. 귀하의 정보는 가입 접수 전문가에게 전송되고, 이 전문가는 귀하에게 연락하여 Aetna Better Health of New York의 MLTC 서비스에 대한 귀하의 관심을 확인하고 귀하의 Medicaid가 MLTC 서비스를 받을 자격이 있는지 심사할 것입니다.
3. 가입 접수 전문가는 가입자에게 전화를 걸어 NYIA가 완료한 초기 평가(CHA 및 PO) 결과를 가입자와 함께 검토하고 개인 중심의 서비스 플랜(PCSP)을 개발할 공인 평가 간호사의 일정을 잡게 됩니다. 해당될 경우, 개인 중심의 서비스 플랜(PCSP)을 개발하기 위해 대면 또는 가상 초기 평가를 고려해 가입자가 동의한 시간에 공인 평가 간호사와 일정을 잡을 수 있습니다.

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

이 평가를 통해 귀하의 건강과 일상적인 활동을 할 수 있는 능력을 바탕으로 귀하에게 필요한 서비스 종류를 알 수 있습니다. 심사 또는 평가 과정에서 수행하는 업무는 다음과 같습니다.

- 프로그램 참가 자격이 있는지 여부를 결정합니다.
- 필요한 경우 가입 신청서 및 Medicaid 신청서 작성을 지원합니다. 귀하의 Aetna Better Health에 대한 신청은 Medicaid 신청서가 승인될 때까지 보류됩니다.
- 귀하는 Aetna Better Health of New York에 가입함과 동시에 Medicaid를 신청하고 있습니다. 가입은 이미 유효한 Medicaid가 있는 경우보다 적어도 한두 달 더 걸릴 수 있습니다.
- 이 가입자 안내서를 자세히 읽어 보십시오. 이 안내서에는 정책 및 절차에 대한 정보가 포함되어 있으며 안내서는 이 프로그램에 가입하기 위한 계약의 중요한 부분입니다. 가입자의 권리 및 책임 포함.
- 서비스 제공자 명부를 검토합니다.
- 귀하 및 귀하의 치료에 관여하는 모든 사람들(예: 가족 구성원)과 함께 제안된 치료 플랜을 준비합니다.

4. CHA 및 PO 심사 또는 Aetna Better Health of New York의 초기 평가는 가입 신청자가 가입을 요청하거나 가입 브로커의 추천을 받은 후 30일 이내에 이뤄져야 합니다.

5. Aetna Better Health of New York 가입은 자발적인 선택입니다. 가입에 관심이 있고 Aetna Better Health 가입자가 될 자격이 있는 경우, 귀하 또는 귀하의 담당자는 다음에 서명해야 합니다:

- 가입 계약서.
- 개인정보 요청 양식. 이렇게 하면 치료 관리자가 귀하의 주치의와 귀하의 치료 플랜에 대해 얘기할 수 있습니다.
- 간호 평가에 대한 승인. 당사의 간호사가 평가를 완료할 수 있습니다.
- 개인 중심의 서비스 플랜(Person-Centered Service Plan, PCSP)
- 가입자 비상/백업 플랜

가입자 서비스부 **1-855-456-9126** (NY 교환: 711은 청각 장애인용)

AetnaBetterHealth.com/NewYork

- 환자 지정 보호인 서비스에 대한 양해 각서(해당될 경우)
- Healthix 동의서(선택사항)

서명 전이든, 서명 후든, 가입하지 않기로 선택하셨다면, 귀하는 구두 또는 서면으로 의사를 확인함으로써 가입 효력 발생일 이전 달 20일 정오까지 신청서 또는 가입 계약을 철회할 수 있으며 그렇게 되면 서면으로 철회 통지서가 귀하께 발송됩니다.

Aetna Better Health of New York에 가입을 선택하신 경우 New York Medicaid Choice에 귀하의 신청서를 제출해 드리겠습니다. 가입 신청서는 New York Medicaid Choice에서 심사 및 결정하게 됩니다. 이 가입자 안내서에 설명된 보장 범위는 Aetna Better Health Plan 가입 발효일에 유효합니다. Aetna Better Health 가입은 자발적인 선택입니다. 이미 Aetna Better Health 가입자인지 여부에 관계없이 플랜이나 가입에 대해 궁금하신 점이 있으시면 가입자 서비스부에 **1-855-456-9126**번으로 문의해 주십시오.

가입 시점에 다음과 같은 경우 Aetna Better Health of New York MLTC 플랜 가입이 거부될 수 있습니다:

- 위에 언급된 자격 기준을 충족하지 않을 경우.
- 120일 이상 커뮤니티 기반 장기 치료 서비스(CBLTC)가 필요하지 않을 경우.
- 호스피스 서비스를 받을 경우.
- 주 정신병원(OMH) 시설, 발달 장애인 담당실(OPWDD) 시설/치료 센터, 생활 보조 시설(ALP) 또는 알코올/약물 남용 장기 거주 치료 프로그램에서 치료를 받고 있는 경우.
- OPWDD 가정 및 지역사회 기반 서비스 또는 외상성 뇌 손상 및 영양원 전환 및 전환, 섹션 191S(c) 면제 프로그램에 가입한 경우.
- 질병 통제 예방 센터 유방암 및/또는 자궁 경부암 조기 발견 프로그램에서 65세 미만이고 유방암 또는 자궁 경부암 치료가 필요하며 그렇지 않고 신용 가능한 건강 보험이 적용되지 않을 경우.
- 6개월 미만의 Medicaid를 받을 것으로 예상되는 자로, Foster Family Care Demonstration에서 응급 Medicaid를 받거나 가족 계획 확장 프로그램에 참여할 경우.

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

Aetna Better Health에 처음 가입하여 네트워크에 없는 서비스 제공자로부터 지속적인 치료를 받고 있는 경우, Aetna Better Health에 가입한 날부터 최대 90일 동안 치료를 계속할 수 있습니다. 치료를 계속하려면 서비스 제공자가 다음을 해야 합니다:

- Aetna Better Health의 지급요율을 수락합니다.
- 의료품질 보증을 포함한 Aetna Better Health의 정책을 준수합니다.
- Aetna Better Health에 치료에 관한 의료 정보를 제공합니다.

플랜 가입자(ID) 카드

Aetna Better Health of New York ID 카드는 유효 가입일로부터 10일 이내에 받게 됩니다. 카드의 모든 정보가 정확한지 확인하십시오. 항상 Medicaid 카드와 함께 ID 카드를 휴대하십시오. 카드를 분실하거나 도난당한 경우 **1-855-456-9126**번으로 가입자 서비스 부에 연락하십시오.

AETNA BETTER HEALTH OF NEW YORK MLTC PLAN이 보장하는 서비스

건강 관리 서비스

저희 플랜의 가입자인 귀하는 건강 관리 서비스를 받게 됩니다. 저희 플랜은 일반적으로 간호사 또는 사회 복지사인 의료 전문가인 치료 관리자를 귀하에게 제공하게 됩니다. 귀하의 치료 관리자는 귀하 및 담당의와 협력하여 귀하에게 필요한 서비스를 결정하고 치료 플랜을 전개할 것입니다. 귀하의 치료 관리자는 귀하에게 필요한 모든 서비스를 예약하고 해당 서비스로의 교통편을 주선해 드릴 것입니다. 치료 관리자로부터 받을 수 있는 기타 지원에는 가입자를 추천하거나 의료, 사회, 교육, 심리사회, 재정 또는 가입자의 PCSP를 지원하는 기타 서비스를 조정하도록 돕는 것이 포함됩니다. 담당 치료 관리자는 필요한 서비스가 가입자 혜택의 일부로 포함되는지 여부를 도와드릴 것입니다.

귀하가 Aetna Better Health의 가입자가 되기로 동의하면, 귀하의 치료 관리자가 귀하의 집을 방문했던 간호사와 이야기를 나누고 귀하의 가정 방문에 대한 정보를 검토할 것입니다. 그런 후에 치료 관리자가 귀하께 연락하여 귀하의 요구 사항에 대해 더 자세히 상담을 하게 될 것입니다. 또한 개인 중심의 서비스 플랜(Person-Centered Service Plan, PCSP)을 준비하게 됩니다.

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

귀하의 치료 플랜은 귀하의 건강 상태와 건강 관리 요구에 기초해 이루어집니다. 귀하의 주치의는 당사에 정보를 제공하고, 귀하 및 귀하의 치료 관리자와 상담하며, 귀하의 치료 플랜을 준비하는데 도움을 줄 수 있습니다. 또한 저희는 가족분, 간병인, 그리고 중요한 다른 사람으로부터 정보를 얻습니다. 치료 플랜에는 귀하에게 필요한 개인 관리 시간이 설명되어 있습니다. 치료 플랜에는 Aetna Better Health에서 받을 수 있는 기타 서비스가 나열됩니다. 치료 플랜은 Aetna Better Health에서 다른 서비스와 서비스 제공 일정을 설명합니다. 귀하의 치료 플랜은 중요합니다. 치료 플랜은 우리 모두 함께 귀하를 도울 방법을 결정했다는 것을 보여줍니다. 여기에는 귀하가 최대한 건강해지도록 돕기 위해 당사가 제공하는 서비스가 포함됩니다.

개인 중심의 서비스 플랜(Person-Centered Service Plan, PCSP)이 마련되면 관리 팀이 필요한 모든 치료 및 서비스를 받는 데 도움을 드릴 것입니다. 건강 관리 팀은 귀하와 협력하여 귀하가 필요로 하는 모든 치료 서비스를 예약합니다. 또한 건강 관리 팀은 귀하가 그러한 서비스를 받는 데 필요한 교통수단을 준비할 것입니다.

치료 책임자가 한 달에 한 번 이상 전화를 걸어 확인할 수 있습니다. Aetna Better Health의 건강 관리 팀은 재평가의 일부로 포함될 수 있는 각 가입자에 대해 6개월마다 최소 1회의 건강 관리 가정 방문을 실시할 것입니다.

- a. 가입자로서 귀하가 받는 치료 관리 유형 및 치료 플랜이 귀하의 질병의 심각도를 기반으로 하며 귀하의 심신을 모두 의료적으로 관리합니다.
- b. 심신을 모두 포함하는 건강 문제의 심각도에 따라 가입자 인원 수에 비례하여 치료 관리자의 수를 식별합니다. 건강 관리가 “팀 방식”으로 제공되는 경우, 건강 관리 지침은 그러한 팀의 운영 방식을 다루어야 합니다.
- c. 가입자는 당사 간호사와의 가정 방문 후 치료 플랜을 수립할 때 환자 지정 보호인 서비스(CDPAS) 및 기타 서비스 옵션에 대해 교육을 받게 됩니다.
- d. 귀하의 치료 관리자는 귀하의 모든 요청에 대해 귀하와 소통하게 됩니다. 귀하는 항상 치료 관리자 전화번호를 갖고 있어야 합니다.

서비스는 귀하의 가입 신청이 승인된 다음 달 1일에 시작됩니다. 귀하의 건강 관리 팀은 의사 방문, 처방약, 병원 입원과 같은 귀하의 치료를 다른 의료 서비스 제공자들과 조율하는 데 도움을

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

줄 것입니다. 귀하는 귀하의 요구와 우려 사항을 건강 관리 팀과 공유함으로써 지역 사회에서 계속 독립적인 삶을 영위할 수 있도록 치료에 참여할 수 있습니다. 귀하와 건강 관리 팀은 치료 계획을 적어도 일년에 두 번 검토할 것입니다. 또한 관리 팀은 귀하의 상태가 변경되어 필요한 서비스를 받을 수 있는지 확인하기 위해 귀하의 치료 계획을 검토할 수도 있습니다.

추가 보장 서비스

귀하는 Medicaid 가입자이고 MLTC 수혜 자격이 있기 때문에, 저희 플랜은 아래에 설명된 추가 의료 및 복지 서비스를 준비하고 비용을 부담해 드립니다. 이 서비스는 의학적으로 필요한 경우 즉, 귀하의 질병이나 장애를 예방하거나 치료하는 데 필요하다면 받을 수 있습니다. 귀하의 치료 관리자는 귀하에게 필요한 서비스와 제공자를 파악하는 데 도움을 드릴 것입니다. 어떤 경우에는 이 서비스를 받기 위해 의사에게 추천이나 지시를 받아야 할 수 있습니다. 이 서비스는 Aetna Better Health of New York 네트워크에 속한 서비스 제공자로부터 받아야 합니다. 저희 플랜에서 서비스 제공자를 찾을 수 없다면, Aetna Better Health 네트워크 제공자로부터 보장 서비스를 받아야 합니다. Aetna Better Health에 적절한 교육 또는 경험을 갖춘 서비스 제공자가 없는 경우 네트워크 외부의 서비스 제공자에게 진료 의뢰가 이루어질 수 있습니다. 귀하가 네트워크 외부의 서비스 제공자를 필요로 하는 경우 건강 관리 팀에게 승인 받는 것을 도와 달라고 요청하십시오.

Aetna Better Health 네트워크 외부에서 서비스를 받을 때, 서비스 제공자의 진료를 받기 전에 Aetna Better Health로부터 승인을 받아야 합니다.

필요한 승인을 먼저 받지 않을 경우 서비스 제공자는 서비스에 대한 지불을 받지 못합니다.

이러한 절차와 관련하여 질문이 있는 경우 귀하의 건강 관리 팀에 문의하시거나

1-855-456-9126번으로 가입자 서비스에 문의해 주십시오.

귀하게 필요한 서비스를 윤리적, 종교적 이유로 인해 서비스 제공자가 제공하지 않을 경우, 귀하의 건강 관리 팀 또는 가입자 서비스부에 **1-855-456-9126**번(수신자 부담)으로 알려 주십시오. 보장 서비스를 받을 수 있도록 서비스 제공자를 찾아드릴 것입니다.

가입자 서비스부 **1-855-456-9126** (NY 교환: 711은 청각 장애인용)

AetnaBetterHealth.com/NewYork

귀하는 보장 서비스에 대해서는 청구서를 받지 않아야 하며 지불을 할 필요도 없습니다. 청구서를 받는 경우, 귀하의 건강 관리 팀이나 가입자 서비스부에 수신자 부담 전화

1-855-456-9126번으로 연락해 주십시오.

- 외래환자 재활 서비스
- 개인 관리(예: 목욕, 식사, 옷 입기, 화장실 사용 및 걷기 지원)
- 간호, 가정 건강 보조원, 작업, 물리 및 언어 요법을 포함한 Medicare에서 보장하지 않는 가정 건강 관리 서비스
- 영양 검사
- 의료 복지 서비스
- 가정 배달 식사 및/또는 탁아소 등 단체 시설에서의 식사
- 소셜 데이 케어
- 비응급 교통편
- 개인 당직 간호
- 치과
- 사회적/환경적 지원(예: 집안일 서비스, 주택 개조 또는 한시적 간병)
- 개인 응급 대응 시스템
- 성인 일일 건강 관리
- Medicare에서 보장하지 않는 요양원 간호(*기관 Medicaid 자격이 될 경우*)
- 청각
- DME
- 의료 용품
- 보철 및 교정
- 검안
- 환자 지정 보호인 서비스
- 족부 의학
- 호흡 요법

가입자 서비스부 **1-855-456-9126** (NY 교환: 711은 청각 장애인용)

AetnaBetterHealth.com/NewYork

한도

경장 조제식 및 영양 보충제는 다른 방법을 통해 영양을 섭취할 수 없는 개인과 다음 조건에만 국한됩니다.

1. 음식을 씹거나 삼킬 수 없고 관을 통해 분유로 영양을 섭취해야 하는 튜브 사용 환자 **및**
2. 다른 방법으로는 얻을 수 없는 필수 영양소를 제공하기 위해 특정 의료 공식이 필요한 희귀한 선천성 대사 장애가 있는 환자.

아미노산 및 유기산 대사의 특정 유전병에 대한 보장에는 저단백 또는 변형 단백질을 포함하는 변형 고형 식품이 포함됩니다.

요양원 간호는 최소 3개월 동안 영구 배정 대상자로 간주되는 자를 대상으로 합니다. 해당 기간이 지나면 요양원 간호는 일반 Medicaid를 통해 보장될 수 있고 Aetna Better Health of New York에서 가입이 취소됩니다.

서비스 지역 외부에서 진료 받기

귀하의 보장 지역을 벗어나 여행을 떠났을 경우 귀하의 치료 관리자에게 알려야 합니다. 귀하의 보장 지역 밖에서 의료 서비스를 받아야 할 경우, 귀하가 의료 서비스를 받을 수 있도록 담당 치료 관리자에게 연락해야 합니다.

응급 서비스

응급 서비스는 귀하의 건강에 심각한 위협이 되는 상태의 갑작스런 발병을 의미합니다. 의료 응급 상황 발생시 911로 전화하십시오. 앞서 언급한 바와 같이 응급 서비스에는 사전 승인을 받지 않아도 됩니다. 단, 응급 상황 발생 후 24시간 이내에 Aetna Better Health of New York에 알려야 합니다. 귀하에게는 Aetna Better Health of New York을 통해서만 제공할 수 있는 장기 치료 서비스가 필요할 수 있습니다. 입원한 경우, 가구원 또는 기타 간병인이 입원 후 24시간 이내에 Aetna Better Health of New York에 연락해야 합니다. 담당 치료 관리자는 필요에 따라 가정 건강 서비스를 일시 중단하고 다른 약속을 취소하게 됩니다. 귀하의 주치의 또는 퇴원

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

일정 관리자에게 Aetna Better Health of New York에 연락하여 저희가 병원 퇴원 시 귀하의 치료를 계획하기 위해 협력할 수 있도록 반드시 알려주십시오.

전환 치료 절차

Aetna Better Health of New York의 신규 가입자는 서비스 제공자가 플랜 요율로 수납을 받고, Aetna Better Health of New York의 품질 보증 및 기타 정책을 준수하고, 해당 플랜에 치료에 대한 의료 정보를 제공할 경우, 비네트워크 서비스 제공자 가입 후 최대 60일의 전환 기간 동안 치료의 진행 중인 과정을 계속할 수 있습니다.

제공자가 네트워크를 나갈 경우, 진행 중인 치료 과정은 플랜 품질 보증 및 기타 정책을 준수하고, 플랜에 치료에 대한 의료 정보를 제공한다면, 최대 90일의 전환 기간 동안 치료의 지속적인 과정이 계속될 수 있습니다.

추적형 재정 지원(MFP)/오픈 도어스(개인 지원) 프로그램

이 절에서는 **추적형 재정 지원(MFP)/오픈 도어스(개인 지원) 프로그램**을 통해 이용 가능한 서비스 및 지원을 설명합니다. MFP/오픈 도어스는 가입자가 요양원에서 나와 집이나 지역사회로 거주지로 다시 돌아갈 수 있도록 지원하는 프로그램입니다. 가입자는 다음에 해당될 경우 MFP/오픈 도어스를 받을 수 있습니다.

- 세 달 이상 요양원에서 거주한 경우
- 지역사회의 서비스를 통해 건강상 요구를 충족할 수 있는 경우

MFP/오픈 도어스에는 전환 전문가 및 피어라고 불리는 사람들이 있으며, 이들이 요양원에서 가입자들을 만나 이야기를 나누고 지역사회로의 복귀를 돕습니다. 전환 전문가 및 피어는 치료 관리자 및 퇴원 계획자와는 다릅니다. 다음과 관련한 도움을 드릴 수 있습니다:

- 지역사회의 서비스 및 지원에 관한 정보 제공
- 가입자가 자립 생활을 하는 데 도움을 주는 지역사회 서비스 찾기
- 가입자가 집이나 거주지로 돌아간 후 가정에서 필요한 지원을 받고 있는지를 파악하기 위한 방문 또는 전화

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

MFP/오픈 도어스에 관한 자세한 정보를 받으시려거나 전환 전문가 또는 피어의 방문을 예약하려면 뉴욕 자립 생활 협회(New York Association on Independent Living) 번호 **1-844-545-7108**번으로 연락을 주시거나 mfp@health.ny.gov로 이메일을 보내 주십시오. MFP/오픈 도어스는 www.health.ny.gov/mfp 또는 www.ilny.org에서도 방문할 수 있습니다.

저희 플랜에서 보장하지 않는 MEDICAID 서비스

Aetna Better Health of New York에서 보장하지 않지만 일반 Medicaid에서 보장되는 일부 Medicaid 서비스가 있습니다. 이 서비스는 Medicaid 혜택 카드를 사용하여 Medicaid를 받는 모든 서비스 제공자로부터 받을 수 있습니다. 혜택이 Aetna Better Health of New York 또는 Medicaid에서 보장되는지에 대해 질문이 있으면 가입자 서비스부에 **1-855-456-9126**번으로 연락하시기 바랍니다. Medicaid 혜택 카드를 사용하여 Medicaid에서 보장하는 서비스 중 일부는 다음과 같습니다:

약국

대부분의 처방약 및 비처방약과 복합 처방약은 Medicare가 있는 경우 일반 Medicaid 또는 Medicare Part D의 혜택을 받습니다.

다음에 포함된 특정 정신 건강 서비스:

- 집중 정신과 재활 치료
- 일일 치료
- 중증 및 지속적 정신 질환에 대한 케이스 관리(주 또는 지역 정신 보건부에서 후원)
- Medicare에서 보장하지 않는 부분 병원 치료
- 지역사회 홈 또는 가족 기반 치료를 받는 환자들을 대상으로 한 재활 서비스
- 지속적인 일일 치료
- 적극적 공동체 치료
- 개별화된 회복 중심 서비스

가입자 서비스부 **1-855-456-9126** (NY 교환: 711은 청각 장애인용)

AetnaBetterHealth.com/NewYork

다음에 포함된 특정 정신 지체 및 발달 장애 서비스:

- 장기 요법
- 일일 치료
- Medicaid 서비스 조정
- 가정 및 지역사회 기반 서비스 면제에 따라 받은 서비스

다음에 포함된 기타 Medicaid 서비스:

- 메타돈 치료
- 결핵(TB)에 대해 직접 관찰된 요법
- HIV COBRA 케이스 관리
- 가족 계획

기준이 충족된 경우 의료적으로 필요한 특정 배란 촉진제.

AETNA BETTER HEALTH OF NEW YORK 또는 MEDICAID에서 보장하지 않는 서비스

서비스 제공자가 서비스가 보장되지 않음을 사전에 알리고 귀하가 이러한 서비스에 대한 의료비 납부에 동의할 경우, 귀하는 Aetna Better Health of New York 또는 Medicaid에서 보장되지 않는 서비스의 비용을 반드시 부담해야 합니다.

Aetna Better Health of New York 또는 Medicaid에서 보장되지 않는 서비스의 예에는 다음이 포함됩니다:

- 의료적으로 필요하지 않은 경우에 받는 성형 수술
- 개인 편의용품
- 플랜에 소속되지 않은 서비스 제공자의 서비스(Aetna Better Health of New York에서 귀하를 해당 제공자에게 보내는 경우는 제외됨)

궁금한 점이 있으시면, 가입자 서비스부에 **1-855-456-9126**번으로 전화하십시오.

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

서비스 승인, 조치 및 이의 제기

치료 또는 **서비스의 승인을 요청**하는 것을 서비스 승인 요청이라고 합니다. 서비스 승인 요청을 제출하려면 다음을 수행해야 합니다.

서비스 승인 단계

사전 승인을 위한 절차는 다음과 같습니다.

- 서비스 제공자가 가입자에게 필요한 서비스에 대한 정보를 Aetna Better Health에 제공합니다.
- Aetna Better Health에서 정보를 검토합니다.
- 요청사항을 승인할 수 없는 경우 다른 Aetna Better Health 서비스 제공자가 정보를 검토합니다.
- 결정이 이루어지는 경우 Aetna Better Health에서 귀하에게 알려드립니다. 가입자 및 서비스 제공자에게 결정에 관한 안내문을 발송합니다. 가입자와 서비스 제공자는 서비스가 승인 또는 거절될 경우 안내문을 받습니다.
- 요청 사항을 거절한 경우, 안내문에 사유가 포함되어 있습니다.
- 서비스가 거절된 경우, 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자는 이의 제기를 할 수 있습니다.

저희는 일정 금액 및 특정 기간 동안 서비스를 승인합니다. 이를 **승인 기간**이라고 합니다.

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

사전 승인

일부 보장 서비스는 귀하가 서비스를 받기 전 또는 서비스를 계속 받기 위해서는 사전 승인 담당 직원에게 우선 승인(사전 승인)을 받아야 합니다. 이것은 본인 또는 귀하가 신뢰하는 당사자가 요청할 수 있습니다. 다음 치료 및 서비스는 귀하가 받기 전에 승인을 받아야 합니다:

- 의료/성인 일일 건강 관리
- 간병인 관리
- 청력학 및 보청기
- 치과
- 식이 보조제 및 영양 상담
- 내구성 의료 장비에는 의료/수술 용품, 보철, 보조기 및 교정용 신발, 지팡이, 병원 침대, 휠체어, 산소 및 보행기가 포함됩니다.
- 홈 케어-전문/인가 간호(RN 또는 LPN) 물리 치료, 작업 요법, 언어 병리학, 의료 복지 서비스
- 홈 케어-비인가 가정 건강 보조원(HHA)
- 가정 배달급식 또는 단체급식
- 의료 용품
- 비응급 교통편
- 요양원에서 받는 치료
- 개인 관리에는 가사일, 식사 준비, 목욕, 배변이 포함됩니다.
- 개인 응급 대응 시스템(PERS)
- 족부 의학
- 보철 및 교정
- 호흡기 치료-의료 장비, 용품, 호흡기 치료 및 산소
- 사회 및 환경적 지원
- 소셜 데이 케어
- 언어 치료
- 안과
- 원격의료(Telehealth)
- 수요자 주도형 개인 지원 서비스(CDPAS)

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

동시 심사

치료 관리자에게 현재 받고 있는 것보다 더 많은 의료 서비스를 해 달라고도 요청할 수 있습니다. 이것을 **동시 심사**라고 합니다.

소급 심사

수시로 저희는 귀하에게 여전히 치료가 필요한지 확인하기 위해 귀하가 받고 있는 치료에 대해 심사하게 됩니다. 이미 받으셨던 다른 치료 및 서비스도 심사할 수 있습니다. 이것을 **소급 심사**라고 합니다. 이 심사를 했다면 귀하께 서면으로 이를 알려 드릴 것입니다.

서비스 승인 요청을 받은 후에는 어떻게 되나요?

플랜에는 저희가 약속한 서비스를 귀하가 받을 수 있게 하는 심사 팀이 있습니다. 의사와 간호사는 심사 팀에 있습니다. 이들의 임무는 귀하가 요청한 치료 또는 서비스가 의학적으로 필요하고 귀하에게 적합한지 확인하는 것입니다. 이것은 허용 가능한 의료 기준에 대해 귀하의 치료 플랜을 확인하여 수행합니다.

서비스 승인 요청을 거부하거나 요청된 금액보다 적은 금액으로 승인해 드릴 수 있습니다. 이 결정은 자격을 갖춘 의료 전문가가 내릴 것입니다. 저희측에서 요청한 서비스가 의학적으로 필요하지 않다고 결정했을 경우, 의사, 간호사 또는 일반적으로 귀하가 요청한 치료를 제공하는 의료 전문가 일 수 있는 임상 동료 심사자가 결정을 내립니다. 의학적 요구와 관련된 조치에 대한 결정을 내리는 데 사용되는 **임상 심사 기준**이라고 하는 특정 의료 표준을 요청할 수 있습니다.

귀하의 요청이 접수되면, **표준** 또는 **빠른 추적** 프로세스에 따라 심사가 이뤄집니다. 지연 때문에 귀하의 건강에 심각한 해를 끼칠 것이라고 생각되는 경우 귀하 또는 담당의는 **빠른 추적** 심사를 요청할 수 있습니다. **빠른 추적** 심사 요청이 거부된 경우, 당사는 귀하에게 이 사실을 알리고 귀하의 요청은 표준 심사 프로세스에 따라 처리됩니다. 어떤 경우든, 저희는 귀하의 건강 상태에 따라 저희에게 요구하는 한 빨리 귀하의 요청을 심사할 것입니다.

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

사전 승인 요청 기간

- **표준 심사:** 저희는 필요한 모든 정보를 확보한 후 근무일 기준 3일 이내에 귀하의 요청에 대한 결정을 내리지만 귀하의 요청을 접수한 후 14일 이내에 연락을 드릴 것입니다. 추가 정보가 필요한 경우 14일까지 알려 드리겠습니다.
- **빠른 추적 심사:** 결정을 내리고 72시간 이내에 연락을 드릴 것입니다. 추가 정보가 필요한 경우 72시간 이내에 알려드립니다.

동시 심사 요청 기간

- **표준 심사:** 저희는 필요한 모든 정보를 확보한 후 근무일 기준 1일 이내에 결정을 내리지만 귀하의 요청을 접수한 후 14일 이내에 연락을 드릴 것입니다.
- **빠른 추적 심사:** 필요한 모든 정보를 확보한 후 근무일 기준 1일 이내에 결정을 내릴 것입니다. 요청 접수 후 72시간 이내에 연락을 드립니다. 추가 정보가 필요한 경우 근무일 기준 1일 이내에 알려드립니다.

귀하의 서비스 요청에 대한 표준 또는 빠른 추적 결정을 내리기 위해 추가 정보가 필요한 경우 위의 기간을 최대 14일까지 연장할 수 있습니다. 당사의 업무:

- 무슨 정보가 필요한지 귀하에게 서면으로 알려드립니다. 귀하의 요청이 **빠른 추적** 심사 중인 경우, 귀하에게 즉시 전화로 연락하고 추후 서면 통지를 보낼 것입니다.
- 귀하가 가장 관심을 가지고 있는 지연 이유를 말씀드립니다.
- 필요한 정보를 받으면 최대한 빨리 결정을 내리되, 추가 정보를 요청한 날로부터 14일 이내에 결정합니다.

귀하, 서비스 제공자, 또는 귀하가 신뢰하는 사람이 당사에 결정을 내리는 데 시간을 더 할애해 줄 것을 요청하실 수도 있습니다. 플랜에서 귀하의 사건을 결정하는 데 도움이 될 정보가 더 있는 경우에 이렇게 하실 수 있습니다. 이것은 **1-855-456-9126**번으로 전화를 걸거나 다음 주소로 편지를 보내 연락할 수 있습니다.

귀하가 귀하의 요청을 심사하는 데 더 많은 시간을 할애하기로 한 당사의 결정에 동의하지 않는 경우 귀하 또는 대리인은 플랜에 불만을 제기할 수 있습니다. 귀하 또는 대리인은 **1-866-712-7197**번으로 전화하여 뉴욕 주 보건부에 심사 기간에 대한 불만을 제기할 수도 있습니다.

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

귀하가 요청한 내용의 일부 또는 전부에 대해 당사의 답변이 '예'인 경우, 저희는 서비스를 승인하거나 귀하가 요청한 항목을 제공합니다.

귀하가 요청한 내용의 일부 또는 전부에 대한 당사의 답변이 '아니오'인 경우, 거부 이유를 설명하는 서면 통지를 보내드립니다. 귀하가 저희 결정에 동의하지 않는 경우 **이의 제기 방법을 설명하는 조치에 대한 이의 제기는 어떻게 접수하나요?** 를 참조하십시오.

조치란 무엇인가요?

가입자 또는 서비스 제공자가 요청한 서비스를 Aetna Better Health of New York에서 거절 또는 제한하거나, 진료 의뢰 요청을 거절하거나, 요청한 서비스에 대해 보장하지 않기로 결정하거나, 이미 승인한 서비스를 제한하거나, 축소하거나, 유예하거나, 종료하거나, 서비스 비용 지급을 거절하거나, 시기적절하게 서비스를 제공하지 않거나, 필요한 기한 내에 불만 제기 또는 이의 제기에 대한 결정을 내리지 않을 경우, 이를 플랜의 조치라고 합니다. 조치에 대해 이의 제기를 할 수 있습니다. (자세한 내용은 아래의 **조치에 대한 이의 제기는 어떻게 접수하나요?** 를 참조하십시오.)

조치에 대한 통지 시기

저희측에서 요청한 서비스를 거절 또는 제한하기로 결정하거나, 보장 서비스의 전체 또는 일부에 대한 비용을 지불하지 않기로 결정하면, 결정을 내리고 가입자에게 통지서를 발송합니다. 승인된 서비스를 제한하거나, 축소하거나, 유예하거나, 종료할 것을 제안하는 경우, 서비스를 변경하기 10일 이전에 안내문을 발송합니다.

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

조치 통지서의 내용

조치에 대해 발송된 모든 통지서에는 다음이 포함되어 있습니다:

- 당사가 취하거나 취하려는 조치에 대한 설명.
- 임상적 타당성을 포함한 조치에 대한 사유를 명시.
- 가입자가 당사에 이의 제기를 할 수 있는 권리를 설명(주 정부의 외부 이의 제기 절차에 대한 권리를 가지는지의 여부 포함).
- 내부 이의 제기를 하는 방법과 내부 이의 제기에 대한 심사를 신속하게 하도록 요청할 수 있는 상황 설명.
- 조치가 의학적 필요성에 관한 문제일 경우 결정 사항에 기반한 임상 심사 기준에 대해 설명 또는 문제의 치료 또는 서비스가 시험적이거나 연구에 사용 가능한지의 여부를 설명. **및**
- 플랜이 이의 제기에 대한 결정을 내릴 수 있도록 가입자 및/또는 서비스 제공자가 제공해야 하는 정보를 설명.

통지문에는 이의 제기 또는 주 공청회에 대한 귀하의 권리에 관한 내용도 포함됩니다.

- 이의 제기와 공청회의 차이점을 설명해 줍니다.
- 공청회를 요청하기 전에 이의 제기를 할 필요가 없음이 안내됩니다. **및**
- 이의 제기를 요청하는 방법이 설명되어 있습니다

당사가 승인된 서비스를 축소, 유보 또는 종료할 경우, 통지는 또한 귀하의 이의 제기가 결정되는 동안 해당 서비스를 계속 받을 귀하의 권리에 대해 귀하께 알려 드릴 것입니다. 해당 서비스를 계속 받으려면 통지일 또는 제안된 조치의 의도된 유효일 중 더 늦은 날짜로부터 10일 이내에 이의를 제기해야 합니다.

가입자 서비스부 **1-855-456-9126** (NY 교환: 711은 청각 장애인용)

AetnaBetterHealth.com/NewYork

조치에 대한 이의 제기는 어떻게 접수하나요?

당사의 조치에 동의하지 않을 경우, 가입자는 이의 제기를 할 수 있습니다. 이의 제기가 접수되면 결정 사항이 타당한지 결정하기 위해 조치를 내린 근거를 다시 검토해야 합니다. 가입자는 플랜에 구두 또는 서면으로 조치에 대한 이의 제기를 접수할 수 있습니다. 플랜에서 조치와 관련된 안내문을 가입자에게 발송하면(서비스 거절 또는 제한, 서비스 비용 지불 거부), 가입자는 반드시 통지를 받은 날로부터 60일 이내에 이의 제기를 요청해야 합니다. 당사에서는 승인된 서비스를 축소하거나 유예하거나 종료하기를 원하고 가입자는 가입자의 이의 제기가 결정되는 동안 서비스를 계속 받기를 원하는 경우, 가입자는 반드시 제안된 조치에 대한 통지문을 받은 날 또는 유효 일자(더 낮은 날짜 적용)로부터 10일 이내에 이의 제기를 요청해야 합니다.

이의 제기를 접수하려면 플랜에 어떻게 연락해야 하나요?

1-855-456-9126번으로 전화하거나 PO Box 81040, 5801 Postal Road, Cleveland, OH 44181로 서신을 보내 연락할 수 있습니다. 이의 제기가 접수되면 기록하며 해당 직원이 이의 제기 사항에 대한 심사 과정을 감독합니다. 저희는 이의 제기가 접수되었음을 알리고 처리 절차에 대한 설명이 포함된 통지를 발송합니다. 이의 제기는 플랜의 최초 결정이나 가입자가 이의 제기를 하고 있는 대상 조치에 관여하지 않은 임상 직원이 검토합니다.

일부 조치의 경우 이의 제기 과정 중에 서비스 지속 요청 가능

현재 귀하가 본인이 받을 수 있는 서비스의 제한, 감소, 유보 또는 종료에 대해 이의를 제기할 경우, 이의 제기가 결정되는 동안 이 서비스를 계속 받으려면 플랜 이의 제기를 요청해야 합니다. 서비스의 제한, 축소, 유보 또는 종료에 대한 통지일 또는 제안된 조치의 의도된 유효일 중 늦은 날짜로부터 10일 이내에 플랜 이의 제기를 요청하는 경우 당사는 해당 서비스를 계속해야 합니다. 플랜 이의 제기를 요청하는 방법을 알아보고 계속하기 위해 그리고 도움을 요청하려면, 위의 "**조치에 대한 이의 제기는 어떻게 접수하나요?**"를 참조하십시오.

서비스 지속을 요청할 수 있지만 가입자에게 유리하지 않은 플랜 이의 제기 결정이 내려지면 심사하는 동안 가입자가 서비스 지속을 요청했기 때문에 제공된 서비스 비용은 가입자가 부담해야 할 수 있습니다.

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

플랜이 조치의 이의 제기에 대한 결정을 내리는 데 시간이 얼마나 걸리나요?

귀하의 이의 제기가 빨리 처리되지 않는다면, 저희는 표준 이의 제기로 저희가 취한 조치에 대한 귀하의 이의 제기를 심사하게 됩니다. 저희는 귀하의 건강 상태가 요구하는 대로 빨리 서면 결정 결과를 보내드리겠지만, 이의 제기 접수일로부터 늦어도 30일 이내에 귀하에게 결정 통지를 보내드릴 것입니다. (심사 기간은 가입자가 연장을 요청하거나 기타 정보가 필요하고, 연기하는 것이 가입자에게 유리한 경우 가장 14일까지 연장될 수 있습니다.) 심사 기간에 가입자는 본인의 사례를 직접 및 서면으로 설명할 기회를 가질 수 있습니다. 이의 제기 심사에 해당하는 귀하의 기록도 보내드립니다.

이의 제기에 대한 결정 사항과 결정일이 기입된 결정 통지서를 가입자에게 발송해 드립니다.

요청한 서비스를 거절 또는 제한하거나, 서비스를 제한, 축소, 유예, 종료한다는 결정을 플랜이 반복하고, 이의 제기 심사가 진행되는 동안 서비스가 제공되지 않은 경우, 건강 상태에 따라 필요한 대로 최대한 빨리 문제의 서비스를 제공할 것입니다. 가입자는 경우에 따라 "신속" 이의 제기를 요청할 수 있습니다. (아래의 "신속 이의 제기 절차" 섹션을 참조하십시오.)

신속 이의 제기

이미 받고 계신 더 많은 서비스에 대한 귀하의 요청에 대한 이의 제기가 있으면 당사는 항상 심사를 신속 처리합니다. 가입자나 서비스 제공자가 표준 이의 제기로 시간이 소요되면 가입자의 건강이나 생명에 심각한 지장을 초래한다고 판단할 경우, 가입자는 이의 제기를 신속 심사하도록 요청할 수 있습니다. 모든 필요한 정보를 받은 후에 영업일 기준 2일 이내에 결정 사항에 대해 알려 드립니다. 결정 사항을 통지하는 시간은 이의 제기가 접수되고 72일 이내가 되어야 합니다. (심사 기간은 가입자가 연장을 요청하거나 기타 정보가 필요하고, 연기하는 것이 가입자에게 유리한 경우 가장 14일까지 연장될 수 있습니다.)

이의 제기에 대한 가입자의 신속 심사 신청에 플랜이 동의하지 않으면 가입자에게 직접 연락하여 신속이의 제기에 대한 요청이 거절되었으며 표준 이의 제기 절차로 처리된다는 것을 알리기 위해 최대한 노력할 것입니다. 또한 가입자의 요청을 접수하고 2일 이내에 가입자의 신속이의 제기 신청을 거절한다는 결정을 서면으로 통지할 것입니다.

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

플랜이 내 이의 제기를 거절할 경우, 무엇을 할 수 있나요?

귀하의 이의 제기에 대한 당사의 결정이 전적으로 귀하에게 유리하지 않은 경우, 발송된 통지 내용에는 뉴욕 주로부터 Medicaid 공청회를 요청할 귀하의 권리와 귀하 대신 공청회에 출석할 수 있는 공청회 받는 방법, 그리고 일부 이의 제기에 대해 심리가 진행 중인 동안 의료 서비스를 받을 귀하의 권리 및 요청 방법이 기술되어 있습니다.

참고: 가입자는 최종 거부 결정 통지일로부터 역일 기준 120일 이내에 공청회를 요청해야 합니다.

의학적 필요성이나 문제의 서비스가 시험적이거나 연구용이라는 이유 때문에 이의 제기를 거절하는 경우, 뉴욕 주에 당사의 결정에 대한 "외부 이의 제기"를 요청하는 방법도 설명할 것입니다.

주 공청회

만일 당사가 위의 플랜이 **"조치의 이의 제기에 대한 결정을 내리는 데 시간이 얼마나 걸리나요?"**에 따라 기간 내에 귀하의 플랜 이의 제기를 거부하거나 최종 거부 결정을 내린다면 귀하는 뉴욕 주에 공청회를 요청할 수 있습니다. 공청회 결정은 당사의 결정보다 우선시될 수 있습니다. 귀하는 당사가 귀하에게 최종 거부 결정 통지를 보낸 날짜로부터 역년 기준 120일 이내에 공청회를 요청해야 합니다. 당사가 승인된 서비스를 축소, 유보 또는 종료하고 있고 귀하의 서비스가 공청회까지 계속되게 하려는 경우, 최종 거부 결정 통지일로부터 10일 이내에 공청회를 요청해야 합니다.

귀하의 혜택은 귀하가 공청회를 철회하거나 주 공청회 담당관이 귀하에게 유리하지 않은 공청회 결정을 내릴 때까지 계속됩니다.

주 공청회 사무관이 당사의 결정을 뒤집을 경우, 가입자의 건강 상태에 따라 문제의 서비스를 최대한 빨리 받도록 할 것입니다. 이의 제기에 대한 심사가 진행되는 동안 문제의 서비스를 이용할 경우, 공청회 사무관이 명령한 보장 서비스에 대한 비용을 당사가 부담하게 됩니다.

공청회에 대한 결정을 기다리는 동안 가입자는 서비스 지속을 요청할 수 있지만 공청회 결정이 불리하게 내려지면 공청회에서 심사 대상인 서비스 비용을 가입자가 부담해야 할 수 있습니다.

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

가입자는 임시 및 장애 지원국(OTDA, Office of Temporary and Disability Assistance)에 연락하여 주 공청회를 접수할 수 있습니다.

온라인 요청서: [공청회 요청 | 공청회 | OTDA \(ny.gov\)](#)

인쇄 가능한 요청서 우편 발송:

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

P.O. Box 22023

Albany, New York 12201-2023

인쇄 가능한 요청서 팩스 발송: **518-473-6735**

전화로 요청:

표준 공청회 전화 – **1-800-342-3334**

응급 공청회 전화 – **1-800-205-0110**

TTY 전화 – **711**(교환원에게 **1-877-502-6155**번으로 전화 요청)

직접 방문 요청:

New York City

14 Boerum Place, 1st Floor Brooklyn, New York 11201

Albany

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

공청회 요청 방법에 대한 자세한 정보는 다음을 방문해 주십시오.

<http://otda.ny.gov/hearings/request/>

주 외부 이의 제기

해당 서비스가 의학적으로 불필요하거나 시험적 또는 연구용이라고 판단되어 가입자의 이의 제기를 거절할 경우, 가입자는 뉴욕 주에 외부 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 외부 이의 제기는 뉴욕 주 소속이 아닌 심사 담당자들이 결정합니다. 이 심사 담당자들은 뉴욕 주가 승인한 적격자들입니다. 외부 이의 제기에 대한 비용은 없습니다.

가입자 서비스부 **1-855-456-9126** (NY 교환: 711은 청각 장애인용)

AetnaBetterHealth.com/NewYork

의학적 필요성이 부족하거나 서비스가 시험적이거나 연구용이라는 이유로 이의 제기를 거절할 경우, 가입자에게 이의 제기에 대한 거절 결정을 포함하여 외부 이의 제기를 접수할 양식 및 외부 이의 제기 접수 방법을 알려드립니다. 외부 이의 제기를 원한다면 이의 제기를 거절한 날짜로부터 4개월 이내에 뉴욕 주 재무부(Department of Financial Services)에 해당 양식을 접수해야 합니다.

외부 이의 제기에 대한 결정은 30일 이내에 내려집니다. 외부 이의 제기를 하는 심사 담당자가 추가 정보를 요청한다면 시간이 더 소요될 수 있습니다(영업일 기준으로 최대 5일). 심사 담당자는 결정을 내린 후 영업일 기준으로 2일 이내에 가입자와 저희 플랜에 최종 결정을 통지합니다.

지연되면 가입자의 건강에 심각한 문제가 발생한다는 의사의 소견이 있을 경우, 더 신속하게 결정을 내릴 수 있습니다. 이것을 신속 이의 제기라고 합니다. 외부의 이의 제기 심사 담당자는 72시간 이내에 신속 이의 제기를 결정합니다. 이 심사 담당자는 가입자와 저희 플랜에 전화나 팩스로 결정 사항을 알려줄 것입니다. 나중에 결정 사항을 알리는 안내문을 가입자에게 발송합니다.

가입자는 공청회와 외부 이의 제기를 모두 요청할 수 있습니다. 공청회와 외부 이의 제기를 요청할 경우, 공청회 사무관의 결정이 "최종 결정"이 됩니다.

불만 및 이의 제기

Aetna Better Health of New York은 귀하의 우려 사항 또는 문제에 대해 만족하실 수 있도록 가능한 한 신속히 처리하기 위해 최선을 다할 것입니다. 문제의 유형에 따라 불만 제기 절차 또는 이의 제기 절차를 사용할 수 있습니다.

가입자가 불만 또는 이의 제기를 했다는 이유로 Aetna Better Health of New York 직원 또는 서비스 제공자가 제공하는 서비스나 치료 방식에 변화가 생기지는 않습니다. 당사는 귀하의 개인 정보를 유지합니다. 가입자의 불만 제기 또는 이의 제기에 필요한 모든 지원을 해드릴 것입니다. 여기에는 통역사 서비스 제공이나 시력 및/또는 청력 문제에 대한 지원이 포함됩니다. 다른 사람(친척, 친구 또는 서비스 제공자)을 대리인으로 선택할 수 있습니다.

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

이의 제기 연락처 전화: (855) 456-9126 또는 우편 주소: PO Box 81040 5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181. 연락하실 때 가입자의 이름, 주소, 전화번호, 문제에 대한 상세 설명 등을
알려주시기 바랍니다.

불만 제기란 무엇인가요?

불만 제기는 직원이나 보장 서비스의 서비스 제공자가 제공한 진료 및 치료에 대한 불만 사항을
가입자가 저희에게 전달하는 것입니다. 예를 들어, 누군가가 무례하게 행동했거나, 나타나지
않았거나, 가입자가 진료 또는 서비스 품질에 만족하지 않았을 경우, 당사에 불만 제기를 할 수
있습니다.

불만 제기 과정

불만 제기는 구두 또는 서면으로 접수할 수 있습니다. 불만이 접수되면 기록하며 플랜의 해당
직원이 불만 제기에 대한 심사 과정을 감독합니다. 불만 제기가 접수되었음을 알리고 심사 절차에
대한 설명이 포함된 안내서를 발송해 드릴 것입니다. 불만 제기를 심사한 후 두 가지의 기한 중
하나에 해당하는 기한까지 답변을 드릴 것입니다.

1. 자연 때문에 귀하의 건강이 심각한 위험에 빠질 경우, 당사는 필요한 정보를 접수한 후
48시간 이내에 결정하되, 불만 접수 후 7일 이내에 절차를 완료해야 합니다.
2. 기타 다른 모든 유형의 불만 제기는 필요한 정보를 받은 후 45일 이내에 결정 사항을
통지하되, 심사 절차는 불만 제기를 접수한 후 60일 이내에 완료해야 합니다. 심사 기간은
가입자가 연장을 요청하거나 기타 정보가 필요하고, 연기하는 것이 가입자에게 유리한
경우 최장 14일까지 연장될 수 있습니다.

당사의 답변서에는 불만 제기에 대한 내용과 심사 결과가 포함되어 있습니다.

불만 제기 결정에 이의를 제기하려면 어떻게 하나요?

가입자의 불만 제기에 대한 결정에 만족하지 않으실 경우, 불만 제기에 대한 이의 제기를
접수하여 2차 심사를 요청할 수 있습니다. 불만 제기는 구두 또는 서면으로 제출해야 합니다. 불만
제기에 대한 최초의 결정을 전달받은 후 반드시 60일 이내에 이의를 제기해야 합니다.

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

저희측에서 가입자의 이의 제기를 접수하면, 가입자의 이의 제기를 담당하도록 근무일 기준 15일 이내에 지정된 담당자의 이름, 주소, 전화번호가 적힌 서면 확인서를 발송해 드립니다. 모든 불만 제기에 대한 이의 제기는 처음 불만 제기에 대한 결정에 참여하지 않았으며 임상 문제를 담당하는 의료 전문가를 포함한 전문가가 실시합니다.

표준 이의 제기의 경우, 필요한 모든 정보를 접수하고 업무일로 30일 이내에 불만 이의 제기에 대한 결정을 내릴 것입니다. 결정 지연으로 가입자의 건강에 대한 위험이 크게 증가할 수 있다면, 불만 제기에 대한 신속이의 제기 절차를 사용합니다. 불만 제기에 대한 신속이의 제기의 경우, 필요한 정보를 접수하고 영업일 기준 2일 이내에 결정을 내립니다. 불만에 대한 표준 및 신속이의 제기에 대해 결정 사항은 모두 서면으로 알려 드립니다. 여기에는 결정 사유에 대한 자세한 설명이 포함되며, 임상적 문제가 관련된 경우 결정에 대한 임상적 사유가 포함됩니다.

참여자 옴부즈맨

ICAN(Independent Consumer Advocacy Network)이라고 불리는 참여자 옴부즈맨은 뉴욕 주의 장기 요양 수혜자에게 무료 옴부즈맨 서비스를 제공하는 독립 조직입니다. 보장, 불만 및 이의 제기 옵션에 대해 무료로 독립된 조언을 받을 수 있습니다. 이들은 이의 제기 절차의 진행을 도울 수 있습니다. Aetna Better Health of New York과 같은 MLTC 플랜에 가입하기 전에 지원도 제공할 수 있습니다. 이 지원에는 편견 없는 건강 플랜 선택 상담 및 일반 플랜 관련 정보가 포함됩니다. 이들의 서비스에 관해 더 알고 싶으시면 ICAN에 연락하시기 바랍니다.

- 전화: **1-844-614-8800**(TTY 연결 서비스: **711**)
- 웹사이트: www.icannys.org | 이메일: ican@cssny.org

AETNA BETTER HEALTH OF NEW YORK MLTC 플랜 탈퇴

귀하는 다음과 같은 이유로 인해 MLTC 플랜에서 탈퇴되지 않습니다:

- 보장 의료 서비스의 높은 활용
- 기존 상태 또는 건강의 변화
- 귀하의 특별 요구로 인한 정신 능력 저하 또는 비협조적이거나 파괴적인 행동 단, 행동 때문에 MLTC 자격이 되지 않을 경우.

가입자 서비스부 **1-855-456-9126** (NY 교환: **711**은 청각 장애인용)

AetnaBetterHealth.com/NewYork

자발적 탈퇴

귀하는 어떤 이유로든 Aetna Better Health of New York에서 언제든지 탈퇴를 요청할 수 있습니다. 탈퇴를 요청하려면 **1-855-456-9126**번으로 전화하거나 저희에게 서한을 보낼 수 있습니다. 플랜은 귀하의 요청에 대한 서면 확인을 제공하게 됩니다. 저희는 귀하가 서명하여 저희에게 반송할 수 있는 자발적 탈퇴 양식을 동봉해 드립니다. 해당 요청이 접수된 시기에 따라 처리하기까지 최대 6주 정도 소요될 수 있습니다. 일반 Medicaid에서 탈퇴하거나 자격이 있는 경우 다른 건강 플랜에 가입할 수 있습니다. 개인 관리 등 CBLTSS가 계속 필요한 경우, CBLTSS 서비스를 받으려면 다른 MLTC 플랜, Medicaid 관리형 치료 플랜 또는 가정 및 커뮤니티 기반 면제 프로그램에 가입해야 합니다.

이전

이 플랜은 90일 동안 이용해 볼 수 있습니다. Aetna Better Health of New York을 나간 후 그 기간 동안 언제든지 다른 건강 플랜에 이전 및 가입할 수 있습니다. 첫 90일 이내에 나가지 않았다면 정당한 사유가 없는 한 9개월 더 Aetna Better Health of New York에 머물러야 합니다.

- 귀하가 서비스 지역을 벗어나 이주한 경우.
- 귀하, 플랜 및 귀하의 카운티 사회 복지부 또는 뉴욕 주 보건부에서 모두 Aetna Better Health of New York을 탈퇴하는 것이 귀하에게 가장 좋다는 데 동의할 경우.
- 현재 담당 가정 진료 제공자가 저희 플랜과 협력하지 않을 경우.
- 주정부와의 계약에 따라 귀하에게 서비스를 제공할 수 없었을 경우.

자격이 될 경우, 정당한 이유없이 언제든지 Medicaid Advantage Plus(MAP) 또는 고령자 종합 건강관리 프로그램(Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)과 같은 다른 유형의 관리형 장기 치료 플랜으로 변경할 수 있습니다.

플랜을 변경하려면: New York Medicaid Choice는 **1-888-401-6582**번으로 전화하십시오. New York Medicaid Choice 카운슬러가 귀하의 건강 보험 변경을 도와 드릴 수 있습니다.

가입자 서비스부 **1-855-456-9126** (NY 교환: 711은 청각 장애인용)

AetnaBetterHealth.com/NewYork

새 플랜 가입이 활성화되려면 2 ~ 6주 정도 소요될 수 있습니다. New York Medicaid Choice에서 새 플랜에 가입할 날짜를 알려주는 통지가 발송됩니다. Aetna Better Health of New York은 그때까지 귀하에게 필요한 치료를 제공할 것입니다.

플랜을 이전하는 데 걸리는 시간이 귀하의 건강에 해를 끼치기 때문에 더 빠른 조치를 요청해야 하는 경우 New York Medicaid Choice에 전화하십시오. New York Medicaid Choice에 귀하가 Aetna Better Health of New York에 가입하는 데 동의하지 않았다고 말한 경우 더 빠른 조치를 요청할 수도 있습니다.

비자발적 탈퇴

비자발적 탈퇴는 Aetna Better Health of New York에서 시작하는 탈퇴입니다. 귀하가 자발적 탈퇴를 요청하지 않는 경우, 저희는 귀하가 비자발적 탈퇴 사유를 충족한다는 것을 알고 있는 날로부터 근무일 기준 5일 이내에 비자발적 탈퇴를 시작해야 합니다.

다음과 같은 경우 Aetna Better Health of New York을 탈퇴해야 합니다:

- 더 이상 Medicaid 자격이 없는 경우
- Aetna Better Health of New York 서비스 지역에서 영구 이주했을 경우
- 연속 30일 이상 플랜의 서비스 지역을 벗어난 경우
- 요양원 간호가 필요하지만 기관 Medicaid 자격이 없는 경우
- 입원했거나 또는 정신병원, 발달 장애인 시설 또는 알코올 중독 및 약물 남용 서비스 시설 입소 프로그램에 45일 이상 연속으로 입원한 경우
- 월 단위로 (CBLTSS)에 대한 기능적 또는 임상적 필요성이 더 이상 없는 것으로 평가될 경우
- Medicaid만 있고 지정된 평가 도구를 사용하여 결정된 요양원 치료 수준을 더 이상 충족하지 않을 경우
- 귀하의 고유의 서비스로 소셜 데이 케어를 받고 있는 경우
- 더 이상 매월 최소 하나의 CBLTSS 서비스를 요구하거나 받지 않을 경우
- 지역사회에 거주하는 동안 재평가 시점에서 귀하가 더 이상 CBLTSS 서비스에 대한 기능적 또는 임상적 요구를 입증하지 않기로 결정되었을 경우

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

- 감금된 경우
- 플랜 멤버십의 실질적인 측면과 관련하여 플랜에 허위 정보를 제공하거나, 다른 방식으로 속이거나 사기 행위에 가담할 경우

다음과 같은 경우 Aetna Better Health of New York을 탈퇴해 달라고 요청할 수 있습니다:

- 또는 가구원, 비공식 간병인 또는 가구 내 다른 이가 서비스를 제공하는 플랜의 역량에 심각한 피해를 입히는 행위나 활동에 관여할 경우
- 금액이 첫 만기 후 30일 이내에 지출 감소/잉여로 플랜에 미납된 금액을 사회 복지국에서 결정한 금액을 납부하지 못했거나 납부할 약속을 잡지 않은 경우. 당사는 납부액 징수를 위해 합당한 노력을 기울일 것입니다.

비자발적으로 탈퇴되기 전에 Aetna Better Health of New York은 New York Medicaid Choice(NYMC) 또는 주에서 지정한 법인의 승인을 받습니다. 탈퇴 발효일은 가입 자격이 상실된 달의 다음 달 1일이 됩니다. CBLTSS가 계속 필요한 경우, 다른 플랜을 선택해야 합니다. 선택하지 않으면 자동으로 다른 플랜에 배정(자동 배정)됩니다.

문화 및 언어 능력

Aetna Better Health of New York은 귀하의 신념을 존중하며 문화적 다양성에 민감합니다. 저희는 귀하의 문화와 문화적 정체성을 존중하고 문화적 차이를 없애기 위해 노력합니다. 저희는 포괄적이고 문화적으로 유능한 서비스 제공자 네트워크를 유지하고 모든 가입자들에게 문화적으로 적절한 방식으로 의료 서비스 제공하기를 장려하고 이를 보장합니다. 여기에는 제한된 영어 능력, 다양한 문화 및 민족적 배경, 각종 신앙 공동체를 가진 사람들이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

가입자 권리 및 책임

Aetna Better Health of New York은 모든 가입자들이 존엄과 존중으로 대우 받을 수 있도록 모든 노력을 기울일 것입니다. 가입 시 담당 치료 관리자는 귀하에게 본인의 권리와 책임을 설명할 것입니다. 통역 서비스가 필요한 경우 담당 치료 관리자가 이를 준비하게 됩니다. 직원은 귀하가 본인의 권리를 행사할 수 있도록 돕기 위해 모든 노력을 기울일 것입니다.

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

가입자 권리

- 귀하는 의학적으로 필요한 치료를 받을 권리가 있습니다.
- 귀하는 치료 및 서비스를 적시에 이용할 권리가 있습니다.
- 귀하는 진료 기록에 관해 그리고 치료를 받을 때 프라이버시를 보호받을 권리가 있습니다.
- 귀하는 귀하가 이해하는 방식 및 언어로 치료 옵션 및 대안에 대한 정보를 얻을 권리가 있습니다.
- 귀하는 귀하가 이해하는 언어로 정보를 얻을 권리가 있으며 통역 서비스를 무료로 받을 수 있습니다.
- 귀하는 치료를 시작하기 전에 사전 동의에 필요한 정보를 얻을 권리가 있습니다.
- 귀하는 존중과 존엄성으로 대우받을 권리가 있습니다.
- 귀하는 의료 기록 사본을 받고 의료 기록을 수정하거나 정정 요구를 할 권리가 있습니다.
- 귀하는 치료를 거부할 권리를 포함하여 건강 치료에 대한 결정에 참여할 권리가 있습니다.
- 귀하는 강압, 훈육, 편의 또는 보복의 수단으로 사용되는 모든 형태의 통제나 격리를 당하지 않을 권리가 있습니다.
- 귀하는 성별, 인종, 건강 상태, 피부색, 나이, 출신 국가, 성적 지향, 혼인 상태 또는 종교에 관계없이 치료를 받을 권리가 있습니다.
- 귀하는 필요한 서비스 제공자를 플랜의 네트워크에서 이용할 수 없는 경우, 네트워크 외부 서비스 제공자를 통해 보장 혜택을 받는 방법을 포함해, 관리형 장기 치료 플랜으로부터 귀하가 필요로 하는 서비스를 받는 장소, 시기 및 방법을 알 권리가 있습니다.
- 귀하는 뉴욕 주 보건부(Department of Health) 또는 사회 복지국(Local Department of Social Services)에 불만을 제기할 권리가 있습니다.
- 귀하는 적절한 경우 뉴욕 주 공청회 시스템 및/또는 뉴욕 주 외부 이의 제기를 사용할 권리가 있습니다.
- 귀하는 치료와 진료에 대해 귀하를 대신할 사람을 지정할 권리가 있습니다.
- 귀하는 참여자 옴부즈맨 프로그램의 도움을 구할 권리가 있습니다.

가입자의 책임

- Aetna Better Health of New York을 통해 보장 서비스 받기

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

- 네트워크 제공자를 이용할 수 있는 범위까지 Aetna Better Health of New York 네트워크 제공자를 보장 서비스에 사용
- 사전 승인된 보장 서비스 또는 긴급 상황을 제외하고 보장 서비스에 대한 사전 승인 획득; 귀하의 건강 상태에 변화가 생겼을 경우 의사에게 진찰 받기
- 서비스 제공자와 완전하고 정확한 건강 정보 공유
- Aetna Better Health of New York 직원에게 귀하의 건강 변화를 알리고, 귀하가 지침을 이해하지 못하거나 따를 수 없는 경우 이 사실을 통지
- Aetna Better Health of New York 직원이 권장하는 치료 플랜을 따름(귀하의 의견 포함)
- Aetna Better Health of New York 직원과 협력하고 존중하며 인종, 피부색, 출신 국가, 종교, 성별, 연령, 정신적 또는 신체적 능력, 성적 취향 또는 결혼 상태를 이유로 뉴욕 직원의 Aetna Better Health of New York 직원 차별하지 않기
- 보장되지 않거나 사전 승인되지 않은 서비스를 받은 후 근무일 기준 2일 이내에 Aetna Better Health of New York에 통보
- 귀하를 위해 마련한 서비스 또는 치료를 받기 위해 집에 없을 때마다 Aetna Better Health of New York 건강 관리 팀에 미리 통지
- 서비스 지역에서 영구 이주하기 전에 또는 서비스 지역에서 오랫동안 부재 중일 경우 Aetna Better Health of NY에 통지
- 치료를 거부하거나 간병인의 지시를 따르지 않는 경우 귀하의 행동
- 재정적 의무 준수.

사전 지침

사전 지시서는 귀하가 스스로 결정을 내릴 수 없는 경우 귀하의 요청이 이행되도록 보장하는 법적 문서입니다. 사전 지시서는 건강 관리 위임장, 생존 유서 또는 연명 치료 포기 각서의 형태로 올 수 있습니다. 이 문서들은 특정 상황에서 귀하가 어떤 치료를 받고 싶은지 설명할 수 있고 및/또는 특정 가족이나 친구가 귀하 대신 결정을 내릴 수 있도록 승인할 수 있습니다.

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

AetnaBetterHealth.com/NewYork

원하는 대로 사전 지시서를 작성하는 것은 귀하의 권리입니다. 질병이나 부상으로 인해 정보에 입각한 방식으로 제공자와 더 이상 소통이 안 될 경우 치료를 계속하기를 원하는 방법을 문서화하는 것이 가장 중요합니다. 이 문서를 작성하는 데 도움이 필요하다면 담당 치료 관리자에게 문의하십시오. 이미 사전 지시서가 있는 경우, 담당 치료 관리자와 사본을 공유하십시오.

요청 시 사용 가능한 정보

- Aetna Better Health of New York의 구조 및 운영에 관한 정보
- Aetna Better Health of New York이 서비스 승인 시 고려하는 특정 건강 상태 및 기타 정보와 관련된 특정 임상 검토 기준
- 보호 대상 건강 정보에 대한 정책 및 절차
- 조직적 구조, 품질 보장을 위한 현행 절차, 실적 개선 프로그램에 대한 서면으로 작성한 설명
- 서비스 제공자 자격 부여 정책
- Aetna Better Health of New York 인증 재무제표의 최신 사본; Aetna Better Health of New York에서 제공자의 자격을 결정하는 데 사용하는 정책 및 절차

가입자 서비스부 **1-855-456-9126 (NY 교환: 711은 청각 장애인용)**

[AetnaBetterHealth.com/NewYork](https://www.AetnaBetterHealth.com/NewYork)

AetnaBetterHealth.com/NewYork

©2023 Aetna Inc.

1376310-NY-KO



Aetna Better Health® of New York