



New York



歡迎成為 社區的一份子

Health and Recovery Plan 會員手冊
Wellness4Me

2021



反歧視聲明

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

UnitedHealthcare Community Plan 提供下列服務：

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

如果您需要上述服務，請致電您會員鑑別卡上所列的免費會員電話號碼。

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

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

電子郵件： **UHC_Civil_Rights@uhc.com**

電話： **1-866-433-3413**，聽障專線(TTY)711

您也可向美國健康及人類服務部的民權辦公室提出民權投訴，方式如下：

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

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

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

我們提供免費服務以協助您與我們溝通。
例如，其他語言版本或大字版的信函。或者，您可申請口譯員。如欲尋求協助，請撥打**1-866-433-3413**，聽障專線(TTY) **711**，聯絡會員服務部，服務時間為每週7天，每天24小時。

LANGUAGE ASSISTANCE

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. English
Call 1-866-433-3413 TTY 711

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-433-3413 TTY 711.	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-433-3413 TTY 711.	Spanish/Español
注意：您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-433-3413 TTY 711。	Chinese/中文
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-433-3413 رقم هاتف الصم والبكم TTY 711	Arabic/اللغة العربية
주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-866-433-3413 TTY 711로 전화하시기 바랍니다.	Korean/한국어
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-433-3413 (телетайп: TTY 711).	Russian/Русский
ATTENZIONE: Nel caso in cui la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il 1-866-433-3413 TTY 711.	Italian/Italiano
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-433-3413 TTY 711.	French/Français
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-433-3413 TTY 711.	French Creole/ Kreyòl ki soti nan Fransè
אכטונג: אויב איר רעדט אידיש, זענען פאראן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-866-433-3413 TTY 711	Yiddish/אידיש
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-433-3413.	Polish/Polski
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyong pantulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-433-3413 TTY 711	Tagalog
দৃষ্টি আকর্ষণ: যদি আপনার ভাষা "Bengali বাংলা" হয় তাহলে আপনি বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পাবেন। 1-866-433-3413 TTY 711 নম্বরে ফোন করুন।	Bengali/বাংলা
KUJDES: Ju vendosen në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-866-433-3413.	Albanian/Shqip
Προσοχή: Στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε «1-866-433-3413» TTY 711.	Greek/ Ελληνικά
توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان سے متعلق مدد کی خدمات مفت دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-433-3413 TTY 711	Urdu/اردو

重要電話號碼

會員服務部	1-866-433-3413
(一週七天、全天 24 小時提供服務)	
聽障專線 (TDD/TTY) (聽障人士適用)	711
您的主治醫師:	請查看您的 UnitedHealthcare Community Plan ID 卡
NurseLine	1-877-597-7801
預先授權部	1-866-604-3267
藥房部	1-800-310-6826
紐約州衛生署 (New York State Department of Health) 之家	1-518-473-5569
行為健康服務	1-800-493-4647
紐約州衛生署 (投訴)	1-800-206-8125
New York Medicaid CHOICE	1-800-505-5678
紐約州健康成長熱線	1-800-522-5006
家庭暴力熱線	
英語	1-800-942-6906
西班牙語	1-800-942-6908
聽障人士	1-800-810-7444
紐約州人類免疫不全病毒/愛滋病 (HIV/AIDS) 熱線	
英語	1-800-541-AIDS (2437)
西班牙語	1-800-233-SIDA (7432)
聽障專線 (TDD)	1-800-369-AIDS (2437)
紐約州公平聆訊處	1-800-342-3334
紐約州金融服務部	1-800-342-3736
州北部各郡社會服務部:	
Albany 郡社會服務部	1-518-447-7300
Broome 郡社會服務部	1-607-778-2669
Cayuga 郡社會服務部	1-315-253-1011
Chautauqua 郡社會服務部	1-716-661-8200
Chemung 郡社會服務部	1-607-737-5309
Chenango 郡社會服務部	1-607-337-1500
Clinton 郡社會服務部	1-518-565-3222
Columbia 郡社會服務部	1-518-828-9411
Dutchess 郡社會服務部	1-845-486-3000
Erie 郡社會服務部	1-716-858-8000
Essex 郡社會服務部	1-518-873-3450
Franklin 郡社會服務部	1-518-483-6770

4 **有疑問嗎? 致電會員服務部: 1-866-433-3413, 聽障專線 (TTY): 711**
(如為精神健康或藥物濫用危機, 請按 8)

州北部各郡社會服務部 (續):

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

紐約市和長島:

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

其他實用資源

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

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

如需提出有關計劃的投訴,請致電 **1-800-553-5790**。

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

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

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

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

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

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

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

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

電話: **1-844-614-8800** (聽障專線: 711)

電子郵件: ican@cssny.org

CHAMP 紐約州戒癮和精神保健社區衛生服務專案 :

電話: **1-888-614-5400**

電子郵件: Ombuds@oasas.ny.gov

網站 myuhc.com/CommunityPlan

其他醫療提供者

您的主治醫師 (PCP): _____ 電話: _____

離您最近的急診室: _____ 電話: _____

本地藥房: _____ 電話: _____

6 **有疑問嗎?** 致電會員服務部: **1-866-433-3413**, 聽障專線 (TTY): **711**
(如為精神健康或藥物濫用危機,請按 8)

目錄

歡迎來到 UnitedHealthcare Community Plan Health and Recovery Plan	9
Health 與 Recovery Plan 如何運作	10
如何使用本手冊	12
您的健康計劃 ID 卡	15
第一部分 – 您應知道的重要事項	16
如何選擇您的主治醫生 (PCP)	16
健康家庭護理管理	19
定期健康照護	20
行為健康照護及居家和社區服務 (BHHCBS)	22
如何獲取專科護理及轉診	22
免轉診，直接由我們的計劃獲得此類服務	24
急症	27
緊急護理	28
美國境外的護理服務	29
我們希望您保持健康	29
第二部分 – 您的福利和計劃程序	30
福利	30
行為健康照護	42
您可以透過我們的計劃或憑藉 Medicaid 卡獲得的福利	45
僅能使用 Medicaid 卡獲得的福利	45
非緊急運輸	46
緊急運輸	48
發展性殘疾	48
不予承保的服務	49
如果您收到帳單	49

使用情況管理	52
服務授權與行動	52
關於您的護理的其他決定	56
我們的服務提供者如何收到費用	57
您可協助改善計劃政策	57
隨時向我們提供資訊	58
退保與轉換	59
計劃上訴	61
外部上訴	66
公平聽證會	68
投訴流程	70
會員的權利與責任	73
新技術	74
預立指示	75
健康計劃隱私政策聲明	76

歡迎來到 UnitedHealthcare Community Plan Health 與 Recovery Plan

我們很高興您能加入 UnitedHealthcare Community Plan。UnitedHealthcare Community Plan 為紐約州審核通過之 Health and Recovery Plan (HARP)。HARP 為新式計劃，可為 Medicaid 會員提供健康照護以及行為健康之加強照護。在本手冊中，行為健康是指心理健康、物質濫用失調及復健。

我們是特殊健康照護計劃，下轄的照護服務提供者在治療需要心理健康及／或物質濫用照護以保持健康的民眾方面具有豐富經驗。我們也提供照護管理，以助您和您的健康照護團隊合作，盡可能保持健康。

本手冊將是您可使用的各項健康護理服務的指南。

如果您居住在以下紐約州各郡，您有資格加入本計劃：

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

我們希望您在成為 UnitedHealthcare Community Plan 的新會員之後能夠有一個好的開始。為更了解您，我們會在兩週內聯絡您。您可以向我們詢問任何問題，或獲取預約幫助。若您欲盡快與我們聯絡，請撥打 **1-866-433-3413**，聽障專線 (TTY) **711**，聯絡我們。您也可造訪我們的網站，網址為 myuhc.com/CommunityPlan，以獲取更多有關 UnitedHealthcare Community Plan 的資訊。

Health 與 Recovery Plan 如何運作

計劃、我們的提供者與您

您或許已看過或聽說健康照護的變更。許多客戶透過為您的護理提供中樞管理式護理獲得其健康服務。若您曾利用 Medicaid 卡取得行為健康服務，現在這些服務或可藉由 UnitedHealthcare Community Plan 即可取得。

身為 UnitedHealthcare Community Plan 之會員，您享有所有一般 Medicaid 的福利。另外，您還可獲得專科服務，助您達到您的保健目標。我們提供多樣服務，可助您獲得並保持健康，也協助您康復。

UnitedHealthcare Community Plan 為符合資格的會員提供嶄新服務，名為「行為健康照護及居家和社區服務」(Behavioral Health Home and Community Based Services, BHCBS)。

BHCBS 或可助您：

- 尋找居所
- 獨立生活
- 重返校園
- 覓得工作
- 獲得過來人的協助
- 管理壓力
- 預防危機

身為 UnitedHealthcare Community Plan 之會員，您也會有機會加入 Health Home，並與照護經理會面，他會與您的生理及行為健康服務提供者合作，以特別關照您的整體健康照護需求。Health Home 照護經理會協助確認您有獲取可能需要的醫療、行為健康及社會服務，諸如取得居所及飲食援助等。

您利用 Medicaid 卡獲取的服務現在也能藉由 UnitedHealthcare Community Plan 取得。如欲知曉您已取得的服務現在是否由 UnitedHealthcare Community Plan 提供，請撥打 **1-866-433-3413**，聽障專線 (TTY) **711**，聯絡會員服務部。

您和您的健康照護團隊會共同合作，來確保您能享受最優質的生理及心理健康。您可取得健康生活的特殊服務，如營養課程及戒菸輔助。

UnitedHealthcare Community Plan 與紐約州衛生署簽訂合約，以期滿足有 Medicaid 民眾的健康照護需求。因此，我們選擇了一組健康照護、心理健康和物質濫用提供者來協助我們滿足您的需求。這些醫師和專科醫師、醫院、診所、實驗室、個案經理和其他健康照護設施組成了我們的提供者網絡。您將在我們的提供者名錄中找到一份清單。如果您沒有提供者名錄，請撥打 **1-866-433-3413**，聽障專線 (TTY) **711**，向會員服務部索取一份，**或者您可以造訪我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan**。

當您加入 UnitedHealthcare Community Plan 時，我們的其中一名提供者將照顧您的健康。在很多時候，該提供者將是您的主治醫生 (PCP)。您可能會想要從您的心理健康或物質濫用診所挑選 PCP。若您需接受檢驗、看其他專科醫師或入院，您的主要護理提供者將為您安排。

您的主要護理提供者不分晝夜為您服務。如果您需要在工作後或週末與他或她談話，請留言並告知如何聯絡您。您的主要護理提供者會儘速與您聯絡。雖然您的主要護理提供者是您取得健康照護的主要來源，某些情況下，您仍得以自行轉診予特定醫師以取得部分服務。詳情請見第 24 頁。

在以下情況下，您可能會受限於特定計劃提供者：

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

保密性

我們尊重您的隱私權。UnitedHealthcare Community Plan 認同您及您的家人、醫師和其他護理提供者間所需的信任。UnitedHealthcare Community Plan 絕不會在沒有您的書面批准時公佈您的醫療或行為健康記錄。擁有您診所資訊的僅有 UnitedHealthcare Community Plan、您的主要護理提供者、您的 Health Home 照護經理、其他提供您護理的提供者，以及您授權的代表。您的主要照護提供者及／或 Health Home 照護經理一定會預先與您討論您會轉診至哪位提供者處。UnitedHealthcare Community Plan 的工作人員皆受過培訓，會嚴加保守會員的機密。

如何使用本手冊

本手冊會告訴您，新的健康照護計劃會如何運作，以及您該如何由 UnitedHealthcare Community Plan 處取得最多福利。本手冊是您的健康與保健服務指南。手冊會告知您善用該計劃的具體步驟。

前幾頁會向您說明您必須立即了解的資訊。您可以等到需要時再查閱本手冊的其餘內容。可將其作為您的參考，也可逐次查閱。若您有疑問，請參閱本手冊或撥打 **1-866-433-3413**，聽障專線 (TTY) **711**，聯絡會員服務部。您也可撥打 1-800-505-5678 洽詢紐約 Medicaid Choice 熱線。

若有疑問，可於任何時候致電會員服務部。您可來電選擇或改變您的主要護理提供者 (簡稱 PCP)、詢問福利及服務、取得轉診協助、換新掛失識別卡、告知您懷孕、新生兒誕生，或是詢問可能會影響您的福利的變更事項。

您選擇成為 UnitedHealthcare Community Plan 的會員，我們深感榮幸。我們期盼能夠讓您盡可能輕鬆取得健康護理，一切就從今天開始。

我們的會員權益維護員可以回答您對計劃承保福利可能持有的問題，且如果您沒有主治醫生 (Primary Care Physician, PCP)，會員權益維護員可以協助您選擇一位新 PCP。我們甚至可以協助您向醫生預約保健就診。

身為新會員，您將會接獲我們其中一位訓練有素的會員權益維護員所打給您的電話，歡迎您加入我們的計劃。會員權益維護員將可回答您對可用福利和醫生可能持有的任何問題，也可協助您完成健康評估。

健康評估須知事項

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

沒接到我們的歡迎電話？

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

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

Bronx 郡

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

Jefferson 郡

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

Kings 郡

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

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

Nassau 郡

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

Niagara 郡

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

New York 郡

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

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

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

Onondaga 郡

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

歡迎

Queens 郡

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

Suffolk 郡

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

如果您不會講英語，我們可以為您提供幫助。無論您講哪種語言，我們都希望您瞭解如何使用您的健康照護計劃。儘管聯絡我們，我們會設法用您的語言與您溝通。我們有一組人員可以提供協助。我們也會助您尋覓可用您的語言溝通的主要護理提供者 (Primary Care Provider, PCP)。

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

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

若您現在於家中接受照護，您的護理師或看護可能不會知道您已加入我們的計劃。請立即致電我們，確保您的家庭護理不會意外停止。

會員服務幫助


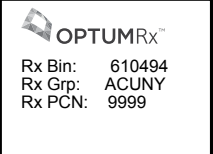
1-866-433-3413，聽障專線 (TTY) 711

會員服務部會有相關人員每週 7 天、每天 24 小時為您提供幫助。
請致電 1-866-433-3413，聽障專線 (TTY) 711。

您的健康計劃 ID 卡

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

ID 卡應隨身攜帶，並在每次獲取照護時出示。若您在識別卡寄來前就需照護服務，您的歡迎信函就是您身為 UnitedHealthcare Community Plan 會員的證明。您也應該要保留您的 Medicaid 福利卡。您將需要 Medicaid 卡才能取得 UnitedHealthcare Community Plan 未承保的服務。

	
Health Plan (80840) 911-87726-04	
Member ID: 000000238	Group Number: NYWEL4ME
Member: REISSUE T ENGLISH CIN#: 9999999238 PCP Name: DOUGLAS GETWELL PCP Phone: (516) 827-5757	Payer ID: 87726
	
Rx Bin: 610494 Rx Grp: ACUNY Rx PCN: 9999	
UnitedHealthcare Community Plan - Wellness4Me Administered by UnitedHealthcare of New York, Inc.	
0501	

In an emergency go to nearest emergency room or call 911.		Printed: 06/10/15
<small>This card does not guarantee coverage. For coordination of care call your PCP. To verify benefits or to find a provider, visit the website myuhc.com/communityplan or call.</small>		
For Members:	866-433-3413	TTY 711
NurseLine:	877-597-7801	TTY 711
For Providers:	uhccommunityplan.com	866-362-3368
Medical Claims: PO Box 5240, Kingston, NY, 12402-5240		
Pharmacy Claims: OptumRX, PO Box 65033, Dallas, TX 75269-0334		
For Pharmacists: 877-305-8952		

第一部分 – 您應知道的重要事項

如何選擇您的主治醫生 (PCP)

列於您會員 ID 卡上的主治醫生 (PCP) 是您的指定主要護理提供者。

這對您而言有何意義？

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

您需採取什麼行動？

檢查您的會員 ID 卡以確認 ID 卡上所列的 PCP 正確無誤。如果您 ID 卡上列的是不同的 PCP 或者您想選擇其他 PCP，請致電 **1-866-433-3413**、聽障專線 (TTY) **711** 與會員服務部聯絡，服務時間：每天 24 小時，每週 7 天。如果您需要變更您會員 ID 卡上所列的 PCP 姓名，我們將會寄一張列有新資訊的新卡給您。

為何我應請主要護理提供者看診？

常規健康護理是指協助您

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

有疑問嗎？

如果您有任何疑問或希望更換您的 PCP，請撥打我們的免費電話 **1-866-433-3413**，聽障專線 (TTY) **711**，服務時間：每天 24 小時、每週 7 天。

您可能想要尋找符合以下條件的醫師：

- 您曾找過其看診
- 瞭解您的健康問題
- 接收新患者
- 會說您的語言
- 方便前去看診
- 在您常去的診所看診

您或可由您的行為健康診所中選擇 PCP

有了此手冊，您應該就有提供者名錄。提供者名錄刊載所有與 UnitedHealthcare Community Plan 合作的提供者、診所、醫院、實驗室等。提供者名錄中列有醫生的姓名、地址和電話以及專業資格、專精領域、就讀的醫學院、住院醫生經驗和醫學會認證狀態。提供者名錄將顯示哪些醫師與提供者正在接收新患者。您應致電其辦公室，以確保他們在您選擇 PCP 時接收新患者。您也可以在我们的網站上取得提供者清單，網址是 myuhc.com/CommunityPlan。

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

此外，我們也與 FQHC (Federally Qualified Health Center) 訂立合約。所有 FQHC 均提供主要護理與專科護理。部分消費者希望透過 FQHC 獲得護理，原因是該中心在此地區有久遠的歷史。您可能希望嘗試 FQHC，因為您可以很輕鬆地接觸到他們。您應該知道您可以選擇。您可以選擇我們名錄中所列的任何一位提供者。或者，您可以和我們與之合作的一個 FQHC 中的主治醫師簽約；他們已在提供者名錄中列出。如需幫助，請撥打免費電話 **1-866-433-3413**，聽障專線 (TTY) **711**，聯絡會員服務部。

第一部分 – 您應知道的重要事項

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

- 您加入 UnitedHealthcare Community Plan 時身懷逾 3 個月的身孕，而且正在接受產前照護。若是如此，您可繼續看您的醫師，直到您生產並接受產後照護後。
- 加入 UnitedHealthcare Community Plan 時，您有危及生命的疾病，或病情每況愈下。在這種情況下，您可以要求繼續找此提供者看診，最長期限為 60 天。
- 加入 UnitedHealthcare Community Plan 時，您正在接受行為健康病症治療。在這種情況下，您可以要求在治療期間繼續找此提供者看診，最長期限為 2 年。
- 加入 UnitedHealthcare Community Plan 時，常規 Medicaid 曾為您的家庭護理付費，而且您需要繼續獲得此項護理至少 120 天。在這種情況下，您有至少 90 天的時間可以繼續使用相同的家庭護理機構、護理師或看護，以及相同的家庭護理量。UnitedHealthcare Community Plan 必須在變生效前，將您家庭護理的變化情況告訴您。

如果需要，您可以在首次 PCP 約診後 30 天內更換您的 PCP。之後，您可以每年更換三次，無需提供任何理由；若有充分理由，可多次更換。您也可將您的 OB/GYN 或是專科醫師換為 PCP 轉介的醫師。

若您的提供者退出 UnitedHealthcare Community Plan，我們會在得知消息的 5 天內通知您。若您希望，且若您懷孕已過三個月或您正在因某病症接受持續治療，您可以繼續找此醫師看診。若您懷孕，您可繼續看您的醫師直到產後照護結束。若您正為特殊醫療問題定期看診，您可繼續您目前的療程最多 90 天。您的醫師必須同意在此期間與 UnitedHealthcare Community Plan 合作。若您適用上列任一情況，請洽詢 PCP，或撥打 **1-866-433-3413**，聽障專線 (TTY) **711**，聯絡會員服務部。

健康家庭護理管理

UnitedHealthcare Community Plan 負責提供並協調您的生理健康照護和您的行為健康服務。我們利用 Health Home 為我們的會員協調服務。您可以自由選擇是否要加入 Health Home，我們也鼓勵您為照護管理加入 Health Home。

UnitedHealthcare Community Plan 會協助您加入 Health Home，它將會調派個人 Health Home 照護經理給您。您的 Health Home 照護經理可協助您預約看診、助您取得社會服務，並關心您的進展。

您的 Health Home 負責提供您評估，以了解您需要何種行為健康及以家庭和社區為本之服務。您和您的 Health Home 照護經理可利用此評估來合作打造專為您設計的照護計劃。

您的 Health Home 照護經理得以：

- 與您的 PCP 和其他提供者合作，以協調您的所有生理及行為健康護理；
- 與您信任的人（如家人或朋友）等合作，以協助您規劃並取得照護；
- 輔助您取得社會服務，例如 SNAP（糧食券）及其他社會服務福利；
- 與您一起建立照護計劃，以協助判別您的需求及目標；
- 協助您與 PCP 及其他提供者約診；
- 協助管理目前的醫療問題，如糖尿病、氣喘及高血壓等；
- 協助您尋找幫助減重、健康飲食、運動及戒菸的服務；
- 在治療期間為您提供支持；
- 為您辨別您在社區中可能需要的資源；
- 協助您尋找或申請穩定居所；
- 協助您住院後安全返家；以及
- 確保您取得後續照護、藥物及其他所需服務。

您的 Health Home 照護經理會馬上與您接觸以了解您需要何種照護，並幫您預約。您的 Health Home 照護經理或您的 Health Home 提供者的工作人員會為您全天候服務，請撥打 **1-866-433-3413**，聽障專線 (TTY) **711**。

第一部分 – 您應知道的重要事項

若您已加入 Health Home 或對加入 Health Home 並取得照護管理服務有興趣，請撥打 **1-866-433-3413**，聽障專線 (TTY) **711**，聯絡會員服務部，以深入瞭解加入 Health Home 的細節，或瞭解您是否符合個案管理服務資格。

若您身處危機，需要立即協助，請撥打 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**)。

定期健康照護

您的健康照護包含定期檢查您所有的健康照護需求。我們提供醫院或專科醫師的轉介。我們想要新會員加入 UnitedHealthcare Community Plan 後，可以儘快至主要照護提供者處進行首次看診。這讓您有機會與您的主要照護提供者談您過去的健康問題、服用的藥物，以及您的任何疑問。

不分晝夜，只需一通電話您的 PCP 便能提供服務。您有醫療問題或疑慮時，請務必致電您的 PCP。若您下班時間或週末致電，請留言並告知可在何處或以何方式聯絡您。您的 PCP 會盡快回電。請記住，您的 PCP 了解您，且了解健康計劃如何運作。

若您在取得服務上有疑問，或您因故無法聯絡到您的主要護理提供者，皆可以致電 UnitedHealthcare Community Plan，該專線 24 小時全年無休：**1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**)。

您的照護需有醫療必要性 — 您取得的服務必需：

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

您的 PCP 會處理您大多的健康照護需求。您在看您的 PCP 前需預約。如果您不能依時赴約，請致電通知您的 PCP。

第一部分 – 您應知道的重要事項

選擇 PCP 後，請儘快致電安排首次約診。如果可以，請為您的第一次約診做好準備。您的 PCP 需要瞭解您的病史，請您儘可能多告知。請寫下您的醫療背景、列出您目前面臨的任何問題、您服用的任何藥物，以及您想問您 PCP 的問題等清單。大多時候，您的首次看診約在您加入計劃的 4 週內。若您在未來數週需要治療，請在加入 UnitedHealthcare Community Plan 的第一週內預約。您的 Health Home 照護經理可以協助您預約並準備好您的首次約診。

如果您在首次約診前需要護理，請致電您 PCP 的辦公室以說明疑慮。您的 PCP 會依此提前預約時間。(您應依約前往首次看診，方可討論您的病歷並詢問問題。)

利用下列清單作為指南，看看您預約後需等待的最長時間。您的照護經理也能幫助您取得預約。

緊急護理	24 小時內
非緊急疾病就診	3 天內
常規、預防性護理	4 週內
首次產前就診	懷孕首三個月時:3 週內 (第二個三個月時:2 週內, 第三個三個月時:1 週內)
首次家庭生育規劃就診	2 週內
心理健康／物質濫用急診或住院看診後之追蹤就診	5 天
非緊急心理健康或物質濫用專科醫師就診	2 週內
成人基期與常規體檢	4 週內

第一部分 – 您應知道的重要事項

行為健康照護及居家和社區服務 (BHHCBS)

行為健康照護包含心理健康及物質濫用治療服務。您可利用有助您情緒健康的服務。您也可取得酒精或其他物質濫用問題的協助。

若您需要安住社區內的協助，UnitedHealthcare Community Plan 提供額外協助，名為「行為健康照護及居家和社區服務」(Behavioral Health Care and Home and Community Based Services, BHHCBS)。這些服務可助您遠離醫院，安住於社區。部分服務可助您滿足生活目標，如就業、就學或生活中您想要努力的其他部分。

若要符合這些服務之資格，您需接受評估。如欲深入瞭解，請撥打 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**) 聯絡我們，或者向您的照護經理洽詢這些服務的相關資訊。

請參閱本手冊第 42 - 44 頁，以瞭解更多此類服務及如何取得服務的資訊。

如何獲取專科護理及轉診

若您的 PCP 不能提供您需要的照護，他或她將您轉介給另一名能夠提供照護的專科醫師。若您的 PCP 將您轉診給其他醫師，我們將支付您的護理費用。大多數此類專科醫師屬於 UnitedHealthcare Community Plan 提供者。請與您的 PCP 討論，確保您知道轉診流程。

如果您認為該專科醫師無法滿足您的需求，請告訴您的 PCP。如果您需要看不同的專科醫師，您的 PCP 可以提供幫助。

對於某些治療及服務，您的 PCP 必須獲得我們計劃的核准才能提供給您。您的 PCP 可以告知您那些是什麼服務。

若您無法獲得您認為自己所需的轉診，請撥打 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**) 聯絡會員服務部。

如果 UnitedHealthcare Community Plan 內沒有可以提供您所需照護的專科醫師，我們將為您找一位 UnitedHealthcare 網外的專科醫師，由其提供所需照護。這稱為網絡外轉診。您的 PCP 或計劃提供者必須先請 UnitedHealthcare Community Plan 核准，您才可獲得網絡外轉介。如果您或您的 PCP 或計劃提供者將您轉介至不在本網絡內的提供者，則除了本手冊所述的共付額之外，您無需支付其他任何費用。您的 PCP 必須致電 1-866-604-3267 聯絡 UnitedHealthcare 的預先授權部以取得授權，以便您以前往不屬於 UnitedHealthcare 網絡的專科醫生處看診。該專科醫師必須同意與 UnitedHealthcare 合作，並接受我們全額付款的支付方式。此許可稱為「預先授權」。您的 PCP 將您轉給不屬於 UnitedHealthcare 網絡的專科醫師時，會向您說明所有相關事項。請參閱服務授權與行

動一節以深入了解請求前往不屬於 UnitedHealthcare 網絡之提供者看診時應需要什麼文件。如果 UnitedHealthcare Community Plan 批准使用不屬於 UnitedHealthcare 網絡的提供者，則您不需承擔任何費用，但本手冊中所述的共付額除外。

有時候我們可能不會核准網絡外轉診，原因是我們的 UnitedHealthcare Community Plan 內即有能治療您的提供者。如果您認為我們的計劃提供者沒有可以治療您之適當培訓與經驗，您可以要求我們核實您的網外轉診是否具有醫療必要性。您將需要提出計劃上訴。請參閱第 61 頁瞭解如何提出。

您將需要請您的醫師針對您的計劃上訴寄出以下資訊：

1. 一份書面聲明，指出 UnitedHealthcare Community Plan 的提供者沒有適當的培訓與經驗，無法滿足您的需求，以及
2. 推薦一位有適當培訓與經驗的網絡外提供者為您提供治療。

您的醫師必須是專業認證或專業合格的專科醫師，可以治療與您有同樣治療要求的人士。

有時候，我們可能不會核准特定治療的網絡外轉介，原因是您要求的照護與您在 UnitedHealthcare Community Plan 之提供者處獲得的照護並無二致。您可要求我們確認您的網絡外治療轉介具醫療必要性。您將需要提出計劃上訴。請參閱第 61 頁瞭解如何提出。

您將需要請您的醫師針對您的計劃上訴寄出以下資訊：

1. 您的醫師所寫之紙本聲明，內文需闡明網絡外治療與 UnitedHealthcare Community Plan 之提供者提供之治療差異甚大。您的醫師必須是委員會認證或符合委員會資格的專科醫師，專門治療與您所要求之治療相同的病患，以及
2. 兩份醫療或科學文件，證明您所要求的治療較 UnitedHealthcare Community Plan 之提供者所提供之治療能幫助您，且不會導致您有所損傷。

如果您的醫師未寄出這些資訊，我們仍將審核您的行動上訴。只是，您可能不會符合外部上訴之資格。請參閱第 66 頁，瞭解關於外部上訴的更多資訊。

第一部分 – 您應知道的重要事項

您可能需要前往專科醫師處看診，以獲取進行中的醫療或行為健康狀況照護。您的 PCP 可在特定看診次數或看診耗時（長期轉診）內替您進行轉介。如果您有長期轉診，您每次需要護理時將無需新轉診。

如果您患有長期疾病或會隨時間惡化的傷殘疾病，您的 PCP 可以為您安排：

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

您也可以致電會員服務部，獲得進入專科護理中心的幫助。

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

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

我們將審查您的要求並告知您我們何時實施變更。

若您想看不同的專科醫師，請洽詢您的 PCP，或撥打 **1-866-433-3413**（聽障專線 (TTY) **711**）聯絡會員服務部。

免轉診，直接由我們的計劃獲得此類服務

女性的健康護理

在以下情況下，您無需經由 PCP 轉診，便可找我們的提供者看診：

- 您懷有身孕，或
- 您需要 OB/GYN 服務，或
- 您需要家庭生育規劃服務，或
- 您想要找助產士就診，或
- 您需要進行乳房或盆腔檢查。

家庭計劃

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

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

或者，如果您希望找我們計劃外的醫師或診所看診，您可以使用您的 Medicaid 卡。請詢問您的 PCP，或致電 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**) 聯絡會員服務部，以索取這些服務提供地點的清單。您也可以致電紐約州健康成長熱線 (1-800-522-5006)，了解您附近的更多家庭服務提供者之名稱。

HIV 與 STI 篩檢

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

- 您可以在進行辦公室或診間回診的任何時候進行 HIV 或 STI 檢測
- 您可以在接受家庭生育規劃服務的任何時候進行 HIV 或 STI 檢測。您無需經由 PCP (主治醫師) 轉診。只需與家庭生育規劃提供者預約則可。如果您想要進行 HIV 或 STI 檢測，但不想在家庭生育規劃服務時進行，您的 PCP 可以為您提供或幫您安排。
- 或者，如果您不希望使用我們的 UnitedHealthcare Community Plan 提供者之一，您可以使用您的 Medicaid 卡，讓 UnitedHealthcare Community Plan 外的家庭生育規劃提供者為您服務。若在找尋計劃內或 Medicaid 的生育計劃提供者時有疑問，請撥打 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**) 聯絡會員服務部。
- 每個人都應就進行 HIV 檢測與其醫師討論。若要獲得免費 HIV 檢測或在未提供您姓名的情況下進行檢測，請致電 1-800-541-AIDS (英語) 或 1-800-233-SIDA (西班牙語)。

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

第一部分 – 您應知道的重要事項

HIV 預防服務

許多 HIV 預防服務皆適用於您。我們會告知您任何可能將您或其他人置於傳播 HIV 或性傳播疾病風險中的行為。我們可以幫助您學習如何保護自己。我們也可以幫助您獲取免費的男／女性保險套以及乾淨的注射器。

若您的 HIV 呈陽性反應，我們會協助您告知您的伴侶。我們可以協助您告知您的親友，並幫助他們了解 HIV 和 AIDS，以及如何獲得治療。若您需要向未來的伴侶告知您的 HIV 病況，UnitedHealthcare Community Plan 的工作人員會協助您。我們還能協助您和您的孩子討論 HIV。

眼科護理

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

一般而言，每兩年會提供一副配有 Medicaid 認證鏡框的新眼鏡。至於新鏡片，若您的視力變化大於半個屈光度，則可以更經常更換鏡片。若您弄壞了眼鏡，可以獲得修理。遺失或損壞到無法修理的眼鏡將獲一副相同處方及鏡框的眼鏡取代。如果您需要看眼科專家，以獲得眼部疾病或缺陷護理，您的 PCP 將幫助您轉診。

行為健康(心理健康及物質濫用)

我們想要協助您取得您可能需要的心理健康和物質濫用服務。

若您在任何時候覺得自己需要心理健康或物質濫用的幫助，您可以前往我們網絡中任何一位行為健康提供者看診，以了解您需要何種服務。這包括臨床與解毒等服務。您無需經由 PCP 的轉介。

戒菸

若您想要戒菸，您可取得藥物、用品及諮詢服務。您無須經由主治醫生轉診即可取得此類服務。

產婦憂鬱症篩檢

如果您懷有身孕，且認為您需要憂鬱症方面的幫助，您可以接受篩檢，看您需要何種服務。您無需經由 PCP 的轉介。您可在懷孕期間接受篩檢，產後一年內也可接受篩檢。

急症

急症始終在承保範圍內。於紐約州，急症意指下列醫療或行為狀況：

- 突然發生，並且
- 伴有疼痛或其他症狀。

遭遇急症，具一般健康知識的人可能會怕若不馬上接受照護，會對身體部位或功能造成嚴重傷害或嚴重缺陷。

急症的範例包括：

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

非急症範例包括感冒、喉嚨痛、胃不舒服、小割傷及瘀傷或是肌肉扭傷。

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

請謹記：

您在使用急診服務前不需要預先核准。

請僅在刻不容緩之狀況，才使用急診室服務。

流感、喉嚨痛或耳部感染等病患不應使用急診室。

若您有任何問題，請聯絡您的 PCP，或請致電 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**) 聯絡我們的計劃。

第一部分 – 您應知道的重要事項

若您有急症，可參考以下流程：

如果您確認是急症，請致電 911 或前往急診室。您在取得急症照護前不需取得 UnitedHealthcare Community Plan 或您的 PCP 的核准，而您也不會被要求要利用我們的醫院或醫師。

若您不確定，請致電您的 PCP、行為健康醫師，或是 UnitedHealthcare Community Plan。將您發生的情形告知與您通話的人員。您的 PCP、行為健康醫師或 UnitedHealthcare Community Plan 代表將會：

- 告知您在家中如何處理，或
- 告訴您前往健康照護提供者的診所，
- 告訴您可取得哪些社區服務，例如 12 步會診或收容所，或
- 請您前往最近的急診室。

如果您身處危機，或需要心理健康或藥物使用狀況的幫助，也可撥打 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**) 聯絡 UnitedHealthcare Community Plan 的會員服務部，該專線一天 24 小時、一週 7 天提供服務。

如果在計劃轄區外出現急症：

- 前往最近的急診室，或撥打 911
- 盡快 (可以的話請在 48 小時內) 致電 UnitedHealthcare Community Plan

緊急護理

您可能受傷或患有不是急症的疾病，但仍需立即獲得護理。

- 可能是流感或您需要縫合服務
- 可能是腳踝扭傷，或您無法移除使您感到疼痛的碎片

您可以預約當天或第二天進行緊急護理就診。無論您在家或在外，請致電您的 PCP，不分晝夜皆可聯絡。若您無法聯絡上您的 PCP，請致電 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**) 聯絡我們。請將發生的情況告知接電話的人員。他們會告訴您該怎麼做。

美國境外的護理服務

若您於美國境外旅遊，您僅能於哥倫比亞特區、波多黎各、維京群島、關島、北馬里亞納群島以及美屬薩摩亞取得緊急和急症照護。若您其他國家（包含加拿大和墨西哥）時需要醫療照護，您則需付款。

我們希望您保持健康

除了您所需的定期檢查和注射，以下還有一些由我們提供，以保持您良好健康狀況的其他服務和方式：

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

請致電會員服務部 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**)，或造訪我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan，以查看位於您附近的課程及計劃清單。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

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

福利

除了您藉一般 Medicaid 取得的服務之外，Health and Recovery Plan 還提供了其他服務。我們會提供或安排多數您需要的服務。不過，有部分服務您無需透過 PCP 也可以獲得。包含急症照護；生育規劃；HIV 檢查；行動危機服務；以及特定自行轉診服務，包括在 UnitedHealthcare Community Plan 內之服務，還有您選擇前往任何 Medicaid 提供者所提供之服務。

我們計劃承保的服務

您必須經由屬於我們計劃的提供者取得這些服務。所有服務必須具有醫療必要性或臨床必要性，並由您的 PCP (主治醫師) 提供或轉診。如果您有任何疑問或需要關於任何以下服務的相關幫助，請撥打我們的會員服務部電話 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**)。

常規醫療照護

- 到您 PCP 的診間就診
- 轉介至專科醫師處
- 眼科／聽力檢查
- 協助您維持用藥計劃
- 協調照護及福利

預防照護

- 常規檢查
- 取得免費針頭與注射器
- 戒煙諮詢
- HIV 教育與風險降低
- 轉診至社區為主之組織 (Community Based Organizations, CBO) 以取得支援照護
- 戒菸照護
- 過敏服務, 包括 RAST (過敏原檢測)

不孕服務

UnitedHealthcare Community Plan 承保部份不孕藥物。此福利僅限終身承保 3 個治療週期。

UnitedHealthcare Community Plan 也承保有關處方和監測此類藥物使用的服務。不孕福利包括：

- 門診就診
- 子宮和輸卵管 X 光
- 骨盆腔超音波
- 驗血

資格要求：

您符合下列條件時, 即有資格取得不孕服務：

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

欲了解更多關於這些服務的資訊, 請致電會員服務部 **1-866-433-3413** (聽障人士專線 **711**)。

產科照護

- 懷孕護理
- 醫師／助產士與醫院服務
- 孕中及孕後一年的憂鬱症篩檢

第二部分 – 您的福利和計劃程序

遠距健康服務

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

遠距健康服務可能包括：

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

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

居家健康護理

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

個人護理 / 家庭看護 / 消費者主導的個人援助服務 (CDPAS)

- 必須具有醫療必要性，並由 UnitedHealthcare Community Plan 安排
- 個人照護 / 家庭看護 — 協助洗澡、穿衣和進食，並幫助準備膳食和打理家務
- CDPAS — 協助洗澡、穿衣和進食，幫助準備膳食和打理家務，以及居家健康助理與護理。此服務將由您選出並按您指令行事的一位助理提供。若您需要更多資訊，請撥打 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**) 聯絡 UnitedHealthcare Community Plan

個人緊急回應系統 (PERS)

此為預防您遭遇急症且需要幫助所配戴的裝置。為符合資格並取得此服務，您必須正在接受個人照護 / 家庭看護或 CDPAS 服務。

成人日間健康照護

- 必須經由您的主治醫師 (PCP) 推薦
- 提供健康教育、營養、照料及社會照護，協助日常生活、復健療程、藥局服務，外加牙醫及其他專科照護轉診

結核病 (TB) 治療

- 這會協助您服用肺結核藥物以及進行後續追蹤照護

National Diabetes Prevention Program (NDPP) 服務

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

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

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

資格要求：

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

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

且您符合下列其中一項條件：

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

請與您的醫師討論您是否符合 NDPP 參與資格。欲了解更多關於這些服務的資訊，請致電會員服務部 **1-866-433-3413** (聽障人士專線 711)。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

安寧照護

- 安寧服務可幫助患者及其家人滿足在疾病最後階段與過世後的特殊需要
- 必須具有醫療必要性，並由 UnitedHealthcare Community Plan 安排
- 為患病且預期存活一年或不足一年的患者，提供支援服務及部分醫療服務
- 您可以在家中或在醫院獲得這些服務

牙科護理

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

您的 Medicaid Managed Care 福利可能包括植牙。若您的醫師和牙醫師認為有需要，UnitedHealthcare Community Plan 的 Wellness4Me Plan 將承保植牙。

UnitedHealthcare Community Plan 的 Wellness4Me Plan 將在下列情況下承保植牙：

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

如何取得牙科服務

您無需選擇屬於 UnitedHealthcare Community Plan 的主要照護牙醫。若要選擇任何參與計劃的牙醫，您可以選擇提供者名錄上所列的牙醫（屬於 UnitedHealthcare Community Plan 網絡者），也可撥打 **1-866-433-3413**（聽障專線 (TTY) **711**）聯絡會員服務部尋求協助。請您在接受牙醫服務時出示您的 UnitedHealthcare Community Plan 會員 ID 卡。

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

您也可以前往牙科學術中心經營的牙科診所，無需轉診。

請撥打會員服務部免費電話 **1-866-433-3413**（聽障專線 (TTY) **711**），以瞭解解牙科學術中心的位置。

視力保健

- 眼科醫師、眼科藥劑師及驗光師的服務
- 承保範圍有隱形眼鏡、聚碳酸酯鏡片、義眼，及／或具醫療必要性的遺失或損壞之眼鏡的替代品，包含維修服務。若計劃提供者要求，義眼也於承保範圍之內
- 眼科檢查，通常每兩年一次，有醫療必要性可多次檢查
- 眼鏡則是每兩年一副新的 Medicaid 核准之鏡框，若有醫療必要性，則增加更換頻率
- 由您的醫師安排的低視力檢查和視力輔具
- 因眼部疾病或缺陷獲得專科醫師轉診

藥房

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

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

- 懷孕之客戶：於懷孕期間和生產當月的後兩月
- 生育規劃藥物及用品，諸如生育控制藥錠、男／女性保險套、注射器和針頭
- 參與綜合 Comprehensive Medicaid Care Management (CMCM) 或 Service Coordination Program 的客戶
- 參與 OMH 或 OPWDD Home and Community Based Services (HCBS) Waiver Program 的客戶
- 因創傷性腦損傷 (TBI) 參與 DOH HCBS Waiver Program 的客戶

第二部分 – 您的福利和計劃程序

- 用於治療心理疾病 (精神科藥物) 與結核病的藥物

共付額

處方項目	共付額金額	共付額詳情
品牌名處方藥	\$3.00/\$1.00	請參閱首選藥物清單
通用名處方藥	\$1.00	請參閱首選藥物清單
非處方成藥	\$0.50	請參閱首選藥物清單

- 若您有共付額，則需為每次新處方及續配藥物支付共付額費用。
- 如果您需要支付共付額，則每季最多將支付 \$50。

共付額最高金額每季度重設，不論您上個季度已支付多少金額。
季度共分為：

- 第一季：1月1日至3月31日
- 第二季：4月1日至6月30日
- 第三季：7月1日至9月30日
- 第四季：10月1日至12月31日

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

欲了解更多關於這些服務的資訊，請致電會員服務部 **1-866-433-3413** (聽障人士專線 **711**)。

- 如果您在日曆年中轉換至新計劃，則請保留您的收據作為共付額的證明，或者您可以要求藥房提供已支付的共付額證明。您會需要提供一份副本給您的新計劃。
- 特定藥物可能需要您的醫師在開立處方前預先取得授權。您的醫師可與 UnitedHealthcare Community Plan 合作，確保您可取得您需要的藥物。在本手冊的後文可了解到更多關於預先授權的資訊。
- 您可以選擇在哪裡購買處方藥。您可前往任何有參加我們計劃的藥局。如欲更加瞭解您的選擇，請撥打 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**) 聯絡會員服務部。

90 天藥量福利

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

如果您希望參與此項福利：

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

如需此項福利所包含的完整藥物清單，請造訪 myuhc.com/CommunityPlan，或撥打 **1-866-433-3413**，聽障專線 (TTY) 711 聯絡會員服務部。

如何獲取醫師處方用藥

將您的處方和您的 UnitedHealthcare Community Plan 會員 ID 卡帶至任何參與計劃的藥房。參與藥房列於提供者名錄中，請造訪 myuhc.com/CommunityPlan，或者您可以撥打會員服務部免費電話 **1-866-433-3413**，以尋求協助。若您不使用參與藥房，則您需要自行支付藥物費用。

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

您可以選擇在哪裡購買處方藥。您可以造訪 myuhc.com/CommunityPlan，從提供者名錄中的參與藥房中查詢名稱，或撥打會員服務部電話 **1-866-433-3413**。

我們的首選藥物清單 (PDL) 上列出的所有藥物將在具有醫療必要性時予以承保。您應已連同歡迎手冊一起收到首選藥物清單，或者您可以撥打會員服務部電話 **1-866-433-3413**，請求提供副本。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

預先授權

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

階段療法

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

品牌藥代替通用名等效藥

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

專科藥物

專科藥房的藥物通常是高成本藥物（口服或注射），用以治療罕見、複雜或慢性疾病。（其中包括，如：類風濕性關節炎藥物、生長激素與口服癌症藥物。）這些藥物通常需要經常監測（以確保這些藥物起效，並避免副作用），服用這些藥物的患者可能需要額外支援或幫助，以管理其治療。某些專科藥物需要預先授權。一經批准，專科藥房便可致電會員，安排取藥。該藥房將在每次該續配藥物時提前通知會員。如果願意，會員可以透過其當地的網絡藥房獲得其專科藥物。如果您需要協助，請撥打會員服務部電話 **1-866-433-3413**。

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

如果您的處方不列在我們的 PDL 內，您的醫師必須獲得預先授權。如果您的醫師未這樣做，您將無法得到該藥物。PDL 上的藥物清單隨附於您的歡迎文件中，myuhc.com/CommunityPlan 網站上也有提供，或您可以撥打會員服務部電話 **1-866-433-3413** 索取。如果醫師選擇不使用 PDL 中的藥物，您的醫師必須獲得藥房部之預先授權。審核時間為 24 小時。您和您的醫師將得知結果（決定）。如果我們沒有批准請求，我們將告知您如何上訴。

以下項目獲得承保：

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

以下項目不獲承保：

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

第二部分 – 您的福利和計劃程序

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

醫院護理

- 住院照護
- 門診照護
- 實驗室、X 光、其他檢測

急診照護

- 急症照護服務是評估或穩定急症所需的程序、治療或服務
- 您接受急症護理後，可能需要其他護理，以確保您保持穩定狀態。視您需求而定，您可能需要在急診室內、住院病房內或其他場所接受治療。這稱作穩定後服務
- 欲瞭解關於急症服務的更多資訊，請參閱第 27 頁

性別重置手術承保

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

根據病患的性別目標，照護項目可能包括：

- 諮詢
- 荷爾蒙療法。(該承保針對 18 歲及以上的會員)
- 變性手術。(該承保針對 18 歲及以上的會員，若該項服務會導致絕育，則承保針對 21 歲及以上的會員)

專科護理

涵蓋其他執業醫護人士提供的服務，包括：

- 職能治療和言語治療 - UnitedHealthcare Community Plan 承保由醫師或其他持照專業人員開立醫囑且醫療上所必需的 OT 和 ST 就診。如欲進一步瞭解這些服務，請致電 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**) 與會員服務部聯絡。這些治療服務需預先授權以確認需照護的部位具有醫療必要性
- 物理治療 - UnitedHealthcare Community Plan 承保由醫師或其他持照專業人員開立醫囑且醫療上所必需的 PT 就診。欲了解更多關於這些服務的資訊，請致電會員服務部 **1-866-433-3413** (聽障人士專線 **711**)。這些治療服務需預先授權以確認需照護的部位具有醫療必要性
- 聽力師
- 助產士
- 心臟復健
- 足科醫師 (如果您患有糖尿病)

住宅健康照護設施服務 (療養院)

- 包含短期或康復留院
- 需由醫師要求，且由 UnitedHealthcare Community Plan 授權

若您需要長期安置於療養院，您的當地社會服務部門必須判斷您是否符合特定 Medicaid 收入要求。UnitedHealthcare Community Plan 以及療養院都能協助您申請。我們不承保在療養院與靜養療法、臨時監護護理等服務相關的費用。

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

如需協助找尋我們網絡內的療養院，請撥打 **1-866-433-3413**，聽障專線 (TTY) **711**。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

行為健康照護

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

精神健康護理

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

危機處理居所支援

此計劃提供給有情緒困擾病徵的年滿 21 歲或以上的人士。在沒有協助的情況下，這些病徵不能於居家或社區內得到控制。

特別護理危機處理居所服務

此治療計劃提供給有嚴重情緒困擾的年滿 21 歲或以上的人士。

21 歲以上成人的物質濫用疾患服務

- 危機處理服務
 - 醫療管理式戒斷管理
 - 醫療監督式戒斷管理 (住院／門診*)
- 住院治療服務 (醫院或社區)
- 居家治療服務
 - 居家安定康復服務
 - 居家復健

42 **有疑問嗎？** 致電會員服務部：**1-866-433-3413**，聽障專線 (TTY)：**711**
(如為精神健康或藥物濫用危機，請按 8)

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

傷害減輕服務

傷害減輕服務將針對物質濫用者健康和福祉，採取完全以病患導向的方式。您的計劃將承保由醫師或其他持照專業人員所建議的傷害減輕服務。這些服務包括：

- 由有經驗於與物質濫用者合作的人員所擬定的照護計劃
- 協助您達到目標的個人支持諮詢
- 在安全場所進行團體支持諮詢，與他人討論關於影響您的健康福祉的問題
- 提供諮詢，協助您接受處方藥物和持續治療
- 協助您更瞭解物質濫用，且找出適合您的克服技巧和訣竅的支持團體

若您目前正在接受某位提供者的傷害減輕服務，您的照護將不會改變；您仍可自相同的提供者接受這些服務。

行為健康照護及居家和社區服務 (BHCBS)

BHCBS 可助您達成生活目標，如就業、就學或生活中您想要努力的其他方面。欲得知您是否符合資格，Health Home 照護經理需替您完成簡易篩檢，該篩檢能顯示您是否可從此類服務中獲益。若篩檢顯示您可獲益，照護經理會與您完成所有評估，來尋找您的整體健康需求為何，包含生理、行為及復健服務。

BHCBS 囊括：

- 心理社交康復治療 (Psychosocial Rehabilitation, PSR) — 可幫助您提升技術以達到目標
- 社區心理支持及治療 (Community Psychiatric Support and Treatment, CPST) — 是短期內於您選擇的區域內 (如您自家) 取得您所需治療服務的方式。CPST 可助您與合格治療計劃聯繫
- 生活服務 (Habilitation Services) — 可幫助您學習新技巧，以在社區中獨立生活
- 家庭支持及培訓 (Family Support and Training) — 教導技巧，幫助您生活中的人協助您康復

第二部分 – 您的福利和計劃程序

- 短期照顧 (Short-Term Respite) — 提供您安全的去處，讓您在需要遠離壓力情境時前往
- 深切照顧 (Intensive Respite) — 於您遭遇危機時，給予您能接受治療之安全去處，助您遠離醫院
- 教育支持服務 (Education Support Services) — 協助您尋找重返校園受教育及訓練的方式，能幫助您找到工作
- 就業前服務 (Pre-Vocational Services) — 協助您習得新技巧，為就職做準備
- 就業過渡服務 (Transitional Employment Services) — 在您嘗試不同工作的期間為您提供短期援助。這包含在職訓練，旨在增強工作技巧，並助您維持／或略高於最低薪資。
- 密集支持就業服務 (Intensive Supported Employment Services) — 幫助您找到有／或略高於最低薪資的工作，並維持下去
- 持續就業支持服務 (Ongoing Supported Employment Services) — 協助您保有您的工作並獲得成功
- 賦權服務 - 同儕支持 (Empowerment Services – Peer Supports) — 讓過來人協助您達成康復目標
- 非醫療交通 (Non-Medical Transportation) — 安排前往與您照護計劃目標相關的非醫療活動

其他承保服務

- 耐用醫療設備 (DME)／助聽器／義體／矯具
- 法院判令的服務
- 社會支援服務 (幫您取得社區服務)
- FQHC 或類似服務

您可以透過我們的計劃或憑藉 Medicaid 卡獲得的福利

部分服務中，您能選擇要於何處取得您的照護服務。您可利用您的 UnitedHealthcare Community Plan 會員卡取得這些服務。您也可以找接受 Medicaid 福利卡的提供者看診。您無須經您的主治醫生轉診即可取得此類服務。若您有疑問，請撥打 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**) 聯絡會員服務部。

家庭計劃

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

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

HIV 與 STI 篩檢

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

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

TB 診斷與治療

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

僅能使用 Medicaid 卡獲得的福利

有些服務 UnitedHealthcare Community Plan 並未提供。您可利用您的 Medicaid 福利卡，從任何接受 Medicaid 的提供者處獲得這些服務。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

非緊急運輸

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

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

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

聯絡電話號碼	郡	交通服務提供者
855-360-3549	Albany 郡	Medical Answering Service – MAS
844-666-6270	Bronx 郡	Medical Answering Service – MAS
855-852-3294	Broome 郡	Medical Answering Service – MAS
866-932-7743	Cayuga 郡	Medical Answering Service – MAS
855-733-9405	Chautauqua 郡	Medical Answering Service – MAS
855-733-9399	Chemung 郡	Medical Answering Service – MAS
855-733-9396	Chenango 郡	Medical Answering Service – MAS
866-753-4435	Clinton 郡	Medical Answering Service – MAS
855-360-3546	Columbia 郡	Medical Answering Service – MAS
845-486-3000	Dutchess 郡	Medical Answering Service – MAS
716-858-8000	Erie 郡	Medical Answering Service – MAS

第二部分 – 您的福利和計劃程序

聯絡電話號碼	郡	交通服務提供者
866-753-4442	Essex 郡	Medical Answering Service – MAS
855-360-3550	Fulton 郡	Medical Answering Service – MAS
855-733-9404	Genesee 郡	Medical Answering Service – MAS
518-943-3200	Greene 郡	Medical Answering Service – MAS
866-753-4524	Herkimer 郡	Medical Answering Service – MAS
866-558-0757	Jefferson 郡	Medical Answering Service – MAS
844-666-6270	Kings 郡 (Brooklyn)	Medical Answering Service – MAS
800-430-6681	Lewis 郡	Medical Answering Service – MAS
585-243-7300	Livingston 郡	Medical Answering Service – MAS
855-852-3286	Madison 郡	Medical Answering Service – MAS
866-932-7740	Monroe 郡	Medical Answering Service – MAS
844-678-1103	Nassau 郡	LogistiCare Solutions
844-666-6270	New York 郡	Medical Answering Service – MAS
866-753-4430	Niagara 郡	Medical Answering Service – MAS
855-852-3288	Oneida 郡	Medical Answering Service – MAS
855-852-3287	Onondaga 郡	Medical Answering Service – MAS
866-733-9402	Ontario 郡	Medical Answering Service – MAS
855-360-3543	Orange 郡	Medical Answering Service – MAS
855-733-9395	Oswego 郡	Medical Answering Service – MAS
844-666-6270	Queens 郡	Medical Answering Service – MAS
866-666-8653	Rensselaer 郡	Medical Answering Service – MAS

有疑問嗎？致電會員服務部：**1-866-433-3413**，聽障專線 (TTY)：**711** 47
(如為精神健康或藥物濫用危機，請按 8)

第二部分 – 您的福利和計劃程序

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

緊急運輸

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

發展性殘疾

- 長期治療
- 日間治療
- 住宅服務
- Medicaid Service Coordination (MSC) 計劃
- 依 Home and Community Based Services Waiver 接受的服務
- Medical Model (Care-at-Home) Waiver 服務

48 **有疑問嗎？** 致電會員服務部：**1-866-433-3413**，聽障專線 (TTY)：**711**
(如為精神健康或藥物濫用危機，請按 8)

不予承保的服務

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

- 非醫療必要之整容手術
- 個人及提供安慰的物品
- 由非 UnitedHealthcare Community Plan 提供者提供之服務，除非該提供者是本手冊其他部分所述之特准提供者，或是 UnitedHealthcare Community Plan 您的 PCP 將您送至該提供者處。我們不承保在療養院與靜養療法、臨時監護護理等服務相關的費用。「監護護理」是指幫助行動轉移、進食、穿著、沐浴、如廁及其他相關活動的協助服務。監護護理不包括被判定為有醫療必要性的承保服務

您可能需要支付您的 PCP 未予批准的任何服務之費用。或者，若您在取得服務前便願意成為「私人給付」或「自行給付」患者，您將得為服務付款。

這包括：

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

如果您收到帳單

如果您收到您認為不應支付的治療或服務的帳單，請勿置之不理。請立即致電 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**) 聯絡 UnitedHealthcare Community Plan。UnitedHealthcare Community Plan 可以幫助您瞭解您收到帳單的原因。若您無需付款，UnitedHealthcare Community Plan 將聯絡提供者並幫助您解決此問題。

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

若您有任何疑問，請撥打 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**) 聯絡會員服務部。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

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

UnitedHealthcare Community Plan (UHCCP) 免費提供您全方位健康照護服務。您永遠不需要向 PCP 或任何其他 UHCCP 提供者支付我們核准之服務的費用。如果 UHCCP 提供者要求您支付服務費用，請告訴他們您由 UnitedHealthcare Community Plan 承保。向他們出示您的會員 ID 卡。您也可以撥打 **1-866-433-3413** 聯絡會員服務部請求協助。您不必為自己的承保與核准服務向我們申請理賠。

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

您可能會收到所謂的「預期外帳單」。「預期外」帳單須知：

何謂預期外帳單？

這是您因下列情形而收到網外服務提供者的服務帳單：

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

預期外帳單不代表當您選擇向網外服務提供者求診時的服務帳單。

何謂網外服務提供者？

網外服務提供者是指不屬於 UHCCP 網絡的醫師、提供者或機構。

若我未經核准而使用網外服務提供者時會如何？

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

如果我前往網絡醫院，所有提供者是否都會屬於網絡內？

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

我如何確保接受網內服務提供者的照護？

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

尋找網內服務提供者：

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

如果我發生緊急事件呢？

前往最近的急診室尋求照護。

我需要為緊急事件和預期外帳單支付多少費用？

您不需要支付預期外帳單。您不需要支付急診服務費用。

如果我收到預期外帳單或急診服務帳單，該如何處理？

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

如果提供者不同意支付的金額呢？

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

何謂獨立爭議解決流程？

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

如果您有問題，請撥打您計劃 ID 卡上的會員聯絡電話。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

使用情況管理

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

還有某些服務我們需要在您接受之前先加以審查。您的提供者知道這些是哪些服務。他們會負責通知我們以審查該服務。我們所作的審查稱為使用情況審查。只有醫師和藥師可執行 UM。我們不會因任何人拒絕提供所需的護理而給予獎勵。如果您有關於 UM 的疑問，請致電聯絡會員服務部 ☎ **1-866-433-3413**，聽障專線 (TTY) **711**。可提供語言協助。

服務授權與行動

預先授權

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

- 使用住院機構 (例如：醫院，婦產科醫院和提供住院物質濫用疾患服務的醫院除外)
- 家庭健康護理服務
- 個人照護服務
- 超過 \$500 的耐用醫療器械 (DME)
- 所有電動輪椅 (無論費用)
- 局部氧療請求
- 超過 \$500 的義肢與矯正裝置
- 美容與重建手術
- 胃繞道評估與手術
- 安寧護理服務 (住院與門診)
- 進階的放射科服務，包括 MRI、MRA 與 PET 掃描
- 意外事故的牙科服務

- 實驗性或研究性健康護理服務
- 網外或州外服務
- 請求使用非參與計劃的提供者
- 移植評估及登記
- 勃起障礙治療、藥物治療、器械及／或手術
- 醫療注射劑，包括 IVIG、Botox、Acthar HP 和 Makena
- 門診形式的私人值班照護
- 針對年齡超過 6 歲會員的睡眠研究 (住院及／或門診)
- 跨性別荷爾蒙療法
- 性別重置手術
- 性別重置手術後過渡療法

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

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

若您目前正接受此類服務，且需持續或接受更多照護的話，您也需要取得預先授權。這包括您在住院或剛剛出院後，請求提供的家庭健康護理服務。這稱為**並行伴隨審查**。

我們收到您的服務授權請求後會如何處理

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

我們可能會決定拒絕服務授權要求，或批准低於要求的量。這些決定將由合格的健康照護者作出。若我們認為您請求的服務未具醫療必要性，該決議會由一位臨床同儕審查員做出，該審查員可能是位醫師，或是健康照護者，通常是提供您請求之照護的人士。您可以請求特定醫療標準，稱為**臨床審核標準**，用於作出與醫療必要性相關的行動決定。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

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

如有以下情況，我們將採取快捷審核：

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

在所有情況下，我們都會配合您的醫療狀況盡快審核您的請求，所需時間不會遲於下列時間。

我們會以電話和書面方式向您和您的提供者告知該請求獲得批准或是遭駁回。我們也會告知您作出相應決定的理由。我們將說明，如果您不同意我們的決定，您有哪些上訴或公平聽證會選擇。（也請參閱本手冊後文的計劃上訴和公平聽證會章節。）

預先授權請求的時間安排：

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

快捷審查：我們將作出決定，您將在 72 小時內收到我們的答覆。若我們需要更多資訊，將在 72 小時內告知您。

並行審查請求的時間安排：

標準審查：我們會在蒐集所有所需資訊後的 1 個工作天內作出決定，但您將在我們收到您的請求後 14 天內得到我們的答覆。若我們需要更多資訊，將在第 14 天前告知您。

快捷審查：當我們獲得所需的所有資訊後，我們將在 1 個工作天內作出決定。您得到我們答覆的時間不會晚於我們收到您請求的 72 小時後。如果我們需要更多資訊，將在 1 個工作天內告知您。

其他請求的特殊時間安排：

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

在所有情況下，您都會在我們收到您請求後的 72 小時內得到我們的答覆。若我們需要更多資訊，將在 72 小時內告知。

如果我們需要更多資訊才能針對您的服務請求作出標準或快捷決定，我們將：

- 致函告知您我們需要什麼資訊。若您的請求為快捷審核，我們會立刻致電給您，稍後才寄送紙本通知
- 告知您延遲符合您最佳利益的原因
- 在不晚於我們要求更多資訊當天的 14 天後作出決定

您、您的提供者或您信任的人士亦可要求我們用更多時間作出決定。這可能是因為您需要向本計劃提交更多資訊，以幫助我們為您的案例作出決定。您可致電 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**)，或發送傳真至 1-800-771-7507 向我們提出要求。醫師或健康照護者的書面請求可發送至：

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

若您不同意我們需更多時間審核請求的決議，您或您信任的人可對計劃提出投訴。您或您信任的人士也可以致電 1-800-206-8125，向紐約州衛生署提出關於審核時間的投訴。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

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

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

關於您的護理的其他決定

有時候，我們會對您正接受的照護進行並行審核，以確認您是否仍需該類照護。我們也可能會審查您已接受的其他治療與服務。這稱為回顧性審查。若我們做出這些決定，我們將會告知您。

關於您護理的其他決定時程：

大多時候，若我們決議減少、暫停或終止我們已核准，且您目前仍在使用的服務，我們一定會在變更服務的 10 天前便告知您。

我們必須在我們做出任何長期服務及支援決議前 10 日告知您，此類服務諸如居家健康照護、個人照護、CDPAS、成人日間健康照護，以及療養院照護。

若我們正檢查過去提供的照護，我們會在得到回顧審核之必要資訊的 30 天內做出付款的決議。如果我們拒絕對某些服務付款，我們將在拒絕付款的當天向您和您的提供者發送一份通知。這些通知並非帳單。就算我們稍後拒絕付款予提供者，您也無需為任何您接受、且由本計劃或 Medicaid 承保之照護付款。

您也可致電 Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)，以獲得有關您的承保、投訴和上訴選擇的免費獨立意見。他們可協助您管理上訴程序。如欲更了解關於 ICAN 的服務，請與 ICAN 聯絡：

電話：1-844-614-8800 (聽障專線 (TTY): 711)

網站：www.icannys.org

電子郵件：ican@cssny.org

我們的服務提供者如何收到費用

您有權詢問我們，是否與我們的醫師存有任何可能影響您使用健康護理服務的特殊財務安排。如果您有任何特定疑慮，您可以撥打 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**) 聯絡會員服務部。我們還希望您知道，我們的大多數提供者透過以下一種或多種方式接受付費。

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

您可協助改善計劃政策

我們重視您的想法。您可以幫助我們制定為會員提供最佳服務的政策。如果您有任何想法，請告知我們。您可能希望與我們的會員諮詢董事會或委員會的某位成員合作。請撥打會員服務部電話 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**)，瞭解我們可以如何幫助您。

會員服務資訊

您可撥打 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**) 聯絡會員服務部以取得資訊。

- 包含 UnitedHealthcare Community Plan 的董事會成員、高級職員、控股方、所有者和合作夥伴之姓名、地址和職稱的清單
- 最新的財務報表／資產負債表、收入與支出摘要的副本
- 最新版個人直接付款投保人合約之副本
- 金融服務部提供的關於消費者投訴 UnitedHealthcare Community Plan 的相關資訊
- 如何保密您的醫療記錄和會員資料
- 我們會以書面告知您，我們的計劃如何確認我們會員的照護品質

第二部分 – 您的福利和計劃程序

- 我們將告知您我們的健康服務提供者與哪些醫院合作
- 如果您以書面詢問，我們將告知您我們用於審核 UnitedHealthcare Community Plan 承保病況或疾病的指引
- 若您以書面詢問，我們將告知您所需資格及健康照護提供者如何申請成為 UnitedHealthcare Community Plan 的一份子
- 若您詢問，我們會告知您 1) 我們的合約或分包合約是否包含會影響利用轉診服務的激勵安排；若有，則 2) 我們利用何種安排；以及 3) 是否提供醫師及醫師團體停損保護。
- 本公司的組織及運作方式的相關資訊

隨時向我們提供資訊

您的生活出現以下變化時，請致電會員服務部 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**)：

- 您的姓名、地址或電話號碼有變動
- 您的 Medicaid 資格發生變化
- 您已懷孕
- 您生了孩子
- 您的保險有變更
- 若您加入新的個案管理計劃，
或接受其他以社區為主組織的個案管理服務

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

退保與轉換

1. 若您想要退出計劃

您仍可試用完 90 天。在此期間，您可以隨時退出 UnitedHealthcare Community Plan，並加入另一健康計劃。如果您在最初 90 天內未退出，您必須在接下來的 9 個月繼續參與 UnitedHealthcare Community Plan，除非您有充足的理由（正當原因）。

正當理由的部分示例包括：

- 我們的健康計劃不符合紐約州要求，且會員因此受到傷害
- 您已搬離我們的服務區
- 您本人、本計劃和 LDSS 均同意退出本計劃是您的最佳選擇
- 您已經或即將被免除或排除 Managed Care 資格
- 我們不提供您所在區域另一項健康計劃所提供之 Medicaid Managed Care 服務
- 您需要一項與我們選擇不給付的福利相關之服務，單獨取得此項服務可能危害您的健康
- 我們無法按照與本州訂立合約之要求為您提供服務

欲變更計劃：

- 請致電您當地社會服務部門的 Managed Care 的工作人員
- 請撥打 1-800-505-5678，聯絡 New York Medicaid Choice。紐約 Medicaid Choice 諮詢員可幫您變更健保計劃。

您可以藉由電話退出或轉換至其他計劃。如果您必須參與 Managed Care，您必須選擇其他健康計劃。

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

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

第二部分 – 您的福利和計劃程序

2. 您可能不再符合 Medicaid Managed Care 和健康及康復計劃的資格

您可能需退出 UnitedHealthcare Community Plan，若您：

- 搬離該郡或服務區、
- 更換為另一個 Managed Care 計劃、
- 因工作而加入 HMO 或其他保險計劃、
- 入獄、或
- 因其他原因失去資格。

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

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

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

- 在您的照護方面拒絕與您的 PCP 合作
- 不按約赴診
- 去急診室進行非急症照護
- 不遵守 UnitedHealthcare Community Plan 的規定
- 不如實填寫表格或不提供真實資訊 (詐騙)
- 即使我們嘗試解決問題後，您的行為仍使我們無法盡最大努力幫助您和其他會員

若您濫用或傷害計劃會員、提供者或工作人員，您也可能失去 UnitedHealthcare Community Plan 的會員資格。

4. 無論您的退保理由為何，我們都會為您準備退出計劃，助您取得您所需的服務。

計劃上訴

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

如果您對我們關於您護理的決定不滿意，您可以採取以下行動。

您的提供者可以要求重新審議

若我們決議您的服務授權請求非醫療必要，或為實驗性或研究性，而我們未與您的醫師討論，您的醫師可要求與本計劃的醫療主管洽談。醫療主管會在一個工作天內與您的醫師溝通。

您可提出計劃上訴

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

- 從最初不利判定通知日期起，您有 60 個日曆天可要求計劃上訴。
- 如果您在提出計劃上訴或遵循上訴流程步驟方面需要幫助，您可以撥打會員服務部電話 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**)。若您有任何特殊需求，例如聽力或視力障礙，或如果您需要翻譯服務，我們可幫助您。
- 您可自行提出計劃上訴，或讓他人 (例如家人、朋友、醫師或律師) 為您提出。您和該人士將必須簽署聲明和註明日期，表示您希望該人士代表您。
- 我們不會因您提出計劃上訴而對您有差別待遇或態度惡劣。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

您可以打電話或寫信提出計劃上訴。您將需在提出計劃上訴時或在提出計劃上訴後盡快向我們提供：

- 您的姓名與地址
- 投保人編號
- 您要求的服務和上訴理由
- 您希望我們審查的任何資訊，如病歷、醫師信函，或可以說明為何您需要該服務的其他資訊
- 我們在最初不利判定通知中表示我們需要的任何特定資訊
- 為了協助您對計劃上訴做準備，您可要求查看我們在作最初不利判定時所使用的指引、病歷及其他文件。如果您的計劃上訴採快捷方式，則您提供您想讓我們審查的資訊的期限可能較短。您可撥打 **1-866-433-3413** 要求查看這些文件或要求取得免費副本。

請透過電話、郵件向我們提供您的資訊和資料：

電話： 1-866-433-3413

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

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

如果您要求網絡外服務或提供者：

- 如果我們表示您要求的服務與參與計劃的提供者可提供的服務並非差異很大，您可要求我們檢查該服務是否對您屬於醫療上必要。您將需要請您的醫師將該資訊連同您的計劃上訴寄出：
 1. 您醫師提供的書面聲明，指出該項網絡外服務與參與計劃提供者可提供的服務差異很大。您的醫師必須是專業認證或專業合格的專科醫師，可以治療與您有同樣服務要求的人士。
 2. 兩份醫療或科學文件，證明與參與計劃的提供者可提供的服務相比，您要求的服務對您更有幫助，且不會對您造成更多傷害。

- 如果您覺得參與我們計劃的提供者沒有適當的訓練或經驗來提供某服務，您可要求我們檢查將您轉介至網絡外提供者是否為醫療上必要。您將需要請您的醫師將該資訊連同您的上訴寄出：
 1. 一份書面聲明，指出參與我們計劃的提供者沒有適當的訓練與經驗，無法滿足您的需求，以及
 2. 推薦一位有適當訓練與經驗而且能提供該項服務的網絡外提供者。您的醫師必須是專業認證或專業合格的專科醫師，可以治療與您有同樣服務要求的人士。如果您的醫師未寄出這些資訊，我們仍將審核您的計劃上訴。只是，您可能不會符合外部上訴之資格。請參閱本手冊後文之外部上訴一節。

您的計劃上訴將按照快捷審核程序審核，前提是：

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

快捷計劃上訴可透過電話提出，並且之後無需提供書面形式上訴。

我們收到您的計劃上訴之後會如何處理

- 我們將在 15 天內向您發函，告知您我們正在處理您的計劃上訴。
- 我們將寄送您病歷的免費副本和我們將用於做出上訴決定的任何其他資訊。如果您的計劃上訴採快捷方式，則審查該資訊的期限可能較短。
- 您亦可親自或以書面形式提供作出決定時可供參考的資訊。如果您不確定要向我們提供哪些資訊，請致電 UnitedHealthcare，電話是 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**)。
- 臨床問題的計劃上訴將由未曾作出最初決定的合格健康照護專業人士作出決定，至少其中一位將會是臨床同儕審核員。
- 非臨床決定將由職位高於作出初審決定人員的人士作出。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

- 我們將寄送您病歷的免費副本和我們將用於做出上訴決定的任何其他資訊。如果您的計劃上訴採快捷方式，則審查該資訊的期限可能較短。
- 您亦可親自或以書面形式提供作出決定時可供參考的資訊。如果您不確定要向我們提供哪些資訊，請撥打 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**)。
- 我們將告知您我們所作決定的理由與臨床理據 (如適用)。拒絕您請求或批准的數量少於所申請數量的計劃上訴決定通知，稱為**最終不利判定**。
- 如果您認為我們的最終不利判定有誤：
 1. 您可要求舉行公平聽證會。請參閱本手冊的公平聽證會一節。
 2. 對於某些決定，您或許能提出外部上訴。請參閱本手冊的外部上訴一節。
 3. 您可向 New York State Department of Health 提出投訴，地址為 OHIP DHP CO 1CP-1609 New York Department of Health, Albany, NY 12237, 1-800-206-8125。

計劃上訴的時間安排

- **標準計劃上訴**：若我們有全部所需資訊，我們會在您提出計劃上訴的三十個日曆天內告知您我們的決定。
- **快捷上訴**：若我們有全部所需資訊，快捷計劃上訴決定會在您提出計劃上訴的 2 個工作天內做成，但不會晚於您提出計劃上訴之後的 72 小時。
 1. 若我們需要更多資訊，將在 72 小時內告知您。
 2. 如果您的請求在您至少在出院 24 小時前要求提供更多物質濫用疾患的住院治療時被拒絕，我們將在 24 小時內對您的上訴作出決定。
 3. 我們將以電話告知您我們的決定，並隨後發出書面通知。

您的計劃上訴將按照快捷審核程序審核，前提是：

- 如果您或您的醫師要求以快捷流程來審核您的計劃上訴。您的醫師必須解釋延遲會如何損害您的健康。若您要求快捷審核遭駁回，我們會告訴您，而您的計劃上訴會以標準流程審核；或
- 如果您的請求在您要求繼續獲得正在接受的護理或需要擴展已提供服務時被拒絕；或

第二部分 – 您的福利和計劃程序

- 如果您的請求在您要求住院後提供家庭健康護理時被拒絕；或
- 如果您的請求在您出院 24 小時前要求提供更多物質濫用疾患的住院治療時被拒絕。

如果我們需要更多資訊才能對您的計劃上訴作出標準或快捷決定，我們將：

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

您或您的代表也可以要求我們花更多時間做出決定。這可能是因為您有更多資訊可提供給本計劃，以協助我們定奪您的個案。您可撥打 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**) 或以書面形式完成此程序。

請將書面請求發送至：

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

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

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

如果我們未及時對您的計劃上訴做決定，且我們表示您所要求的服務為：

- 不具醫療必要性
- 屬於實驗或研究性質
- 與我們網絡內提供的服務沒有不同
- 擁有訓練與經驗的參與計劃提供者可提供，足以滿足您的要求

原本的駁回會被取消。這代表您的服務授權請求被核准了。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

補助會在對照護決定進行上訴期間繼續提供

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

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

如果您的計劃上訴結果仍是拒絕，您可能需要支付您所接受的任何後續福利服務費用。

外部上訴

如果我們表示您請求的服務有以下情況，則您有其他上訴權利：

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

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

在您提出外部上訴之前：

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

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

第二部分 – 您的福利和計劃程序

欲提出外部上訴，請填寫申請表並將其發給金融服務部。如果您需要關於提出上訴的幫助，您可以撥打會員服務部電話 **1-866-433-3413**，聽障專線 (TTY) **711**。您與您的醫師將需要提供關於您的醫療問題的資訊。外部上訴申請表會有需要什麼資訊的內容。

以下是獲得申請表的一些途徑：

- 撥打財務服務部電話 1-800-400-8882
- 造訪財務服務部網站，網址：www.dfs.ny.gov
- 聯絡健保計劃，電話為 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**)

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

您可以得到更快的決定，前提是：

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

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

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

- 您在 24 小時內要求快捷計劃上訴，並且
- 您同時提出快捷外部上訴。

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

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

如果您提出計劃上訴，且您收到拒絕、減少、暫停或停止您服務的最終不利裁定，您可要求舉行公平聽證會。您可以要求舉行公平聽證會，或提出外部上訴，或二者都提出。如果您同時要求舉行公平聽證會與外部上訴請求，將以公平聽證會官員的決定為準。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

公平聽證會

您可以向紐約州要求舉行公平聽證會。

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

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

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

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

公平聽證會得出的決定為最終決定。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

如果您收到健康照護服務的帳單，您可以致電會員服務部 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**) 以尋求協助；如果您不同意我們對拒絕支付健康照護服務費用的決議，您有權要求舉行州公平聽證會。UnitedHealthcare Community Plan 將持續確保及時回覆您或您的委託人、要求查看您的個案檔案 (個案檔案含有與特定服務要求和資訊相關的資訊，以及 UnitedHealthcare Community Plan 在做出承保決定過程中審核的資訊)。UnitedHealthcare Community Plan 將遵守保密要求，並於法律或規定要求時，在公佈您個案檔案中可能含有之受保護醫療資訊之前取得適當的授權。

您必須向 UnitedHealthcare Community Plan 提出投訴。若 UnitedHealthcare Community Plan 與您的醫師達成協議，您可要求州公平聽證會。公平聽證會得出的決定為最終決定。

您可利用下列方式請求公平聽證會：

1. 電話方式：請撥打免費電話 800-342-3334
2. 傳真方式：518-473-6735
3. 網路方式：www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp
4. 郵件方式：

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, NY 12201-2023

若您針對 UnitedHealthcare Community Plan 做出的決議要求公平聽證會，我們必須寄給您一份存證信函副本。這是我們對您的護理作出決定時使用的資訊。本計劃將向聽證會官員提供此資訊，以說明我們的行動。如果沒有充足的時間將其郵寄給您，我們將攜帶證據包副本至聽證會會，供您查看。如果您在聽證會之前的當週沒有收到證據包，您可以致電 **1-866-433-3413** (聽障專線 (TTY) **711**) 索取。

請記住，您可以隨時致電
1-800-206-8125 向紐約州衛生署投訴。

您也可致電 Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)，以獲得有關您的承保、投訴和上訴選擇的免費獨立意見。他們可協助您管理上訴程序。如欲更了解關於 ICAN 的服務，請與 ICAN 聯絡：

電話：1-844-614-8800 (聽障專線 (TTY)：711)
網站：www.icannys.org
電子郵件：ican@cssny.org

第二部分 – 您的福利和計劃程序

投訴流程

投訴

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

如果您在提出投訴或遵循投訴流程步驟方面需要幫助，您可以撥打會員服務部電話 **1-866-433-3413**。若您有任何特殊需求，例如聽力或視力障礙，或如果您需要翻譯服務，我們可幫助您。

我們不會因您投訴而讓您為難或採取任何對您不利的行動。

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

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

您也可以隨時就您的投訴聯絡當地的社會服務部。
若您的投訴含有帳單問題，您也可致電 1-800-342-3736 聯絡紐約州財務服務部。

如何向本計劃提出投訴

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

如欲以電話方式提出投訴，請撥打 **1-866-433-3413**（聽障專線 (TTY) **711**）聯絡會員服務部，服務時間每天 24 小時，每週 7 天。如果我們需要更多資訊才能作出決定，我們將會通知您。

您可寫信給我們來提出投訴，或致電會員服務部並請求投訴表。應郵寄至：

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

後續情形

若我們無法透過電話或在接到您的書面投訴後馬上解決問題，我們將在 15 個工作天內寄信給您。此信函將告知您：

- 是誰在處理您的投訴，
- 如何聯絡該人士，以及
- 我們是否需要更多資訊。

您亦可親自或以書面形式提供審查您的投訴時可供參考的資訊。如果您不確定要向我們提供哪些資訊，請撥打 UnitedHealthcare 電話 **1-866-433-3413**。

您的投訴將由一個或多個合格的人員審查。如果您的投訴涉及臨床問題，您的案例將由一位或多位合格的健康護理專業人員審查。

我們審查您的投訴之後

我們蒐集所有回覆您投訴的所需資訊後，會在 45 天內告知您我們的決議，而您將在我們收到您的投訴後 60 天內收到我們的回覆。我們將致函告知您決定的理由。

若延遲會對您的健康造成威脅，我們將在集齊所有需用以答覆您的投訴之資料後 48 小時內告知您我們的決定，但您將在我們收到您的投訴起 7 天內收到我們的回覆。我們將致電告知您我們的決定或嘗試聯絡並告知您。您將在我們對話後的 3 個工作天內收到信件。

若您不滿意，您會被告知如何針對我們的決議提出上訴，而我們也會附上您可能需要的所有表格。

若我們因為沒有足夠資訊，而無法針對您的投訴做出決議，我們會寄信告知您。

投訴上訴

如果您不同意我們就您的投訴所作的決定，您可以向本計劃提出投訴上訴。

如何提出投訴上訴

如果您對我們的決定不滿意，您在收到我們的通知後有至少 60 個工作日可以提出投訴上訴。

您可親自提出，或要求您信任的人替您提出投訴上訴。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

投訴上訴必須是書面形式。如果您透過電話提出上訴，之後必須提供書面形式的上訴。通話結束後，我們將向您寄送一份總結電話上訴內容的表格。如果您同意我們的總結，您必須簽署並將此表返回給我們。您可以在將此表發給我們之前進行所有需要的更改。

我們收到您的投訴上訴之後會如何處理？

我們收到您的投訴上訴後，會在 15 個工作日內發信通知您。此信函將告知您：

- 是誰在處理您的投訴上訴，
- 如何聯絡該人士，以及
- 我們是否需要更多資訊。

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

如果我們獲得了所有需要的資訊，您將在 30 個工作天內得知我們的決定。若延遲會增加您的健康風險，則在我們蒐集完所有決議上訴之所需資訊後，您會於 2 個工作天內得知我們的決議。

我們將告知您我們所作決定的理由與臨床理據（如適用）。如果您仍不滿意，您或您的代表可以隨時向紐約州衛生署提出投訴，電話號碼是 1-800-206-8125。

您也可致電 Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)，以獲得有關您的承保、投訴和上訴選擇的免費獨立意見。他們可協助您管理上訴程序。如欲更了解關於 ICAN 的服務，請與 ICAN 聯絡：

電話：1-844-614-8800 (聽障專線 (TTY): 711)

網站：www.icannys.org

電子郵件：ican@cssny.org

會員的權利與責任

您的權利

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

- 不論健康狀況、性別、種族、膚色、宗教、國籍、年齡、婚姻狀態或性取向如何，均能獲得具尊重、尊嚴與隱私性的護理。
- 遵循您已和執業人員達成共識的護理計劃與指示。
- 獲得有關所有類型之治療選項的資訊，且該資訊是以適用於您病況且您能夠理解的方式提供，同時不論治療費用或福利承保範圍為何。
- 獲得關於照護的第二意見。
- 向您詳細介紹計劃後，同意您接受任何治療或護理計劃。
- 拒絕護理並獲告知這麼做有什麼可能的風險。
- 若您拒絕加入 Health Home，您會被告知如何在沒有指派 Health Home 照護經理的狀況下，接受您的生理及行為健康照護。
- 獲得您的醫療記錄副本，及與您的 PCP 詳談，並在必要時要求更改或修正您的醫療記錄。
- 確保您的醫療記錄得到保密，除非法律、合約要求或經由您批准，否則不與任何人分享。
- 利用 UnitedHealthcare Community Plan 投訴系統來處理任何投訴，或您可以向紐約州衛生署或當地社會服務部提出投訴，只要您認為自己沒有被妥善對待即可提出。
- 使用州公平聽證會系統。
- 指派某人（親戚、朋友、律師等）代表您（如果您無法自行說明您的護理與治療）。
- 在乾淨、安全的環境中獲得體貼且受人尊重的護理，不受任何不必要的約束。
- 提出有關保健計劃單位會員權利與責任政策的建議。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

您的義務

身為 UnitedHealthcare Community Plan 的會員，您同意：

- 與您的照護團隊合作以捍衛並改善您的健康。
- 遵循您已和執業人員達成共識的護理計劃與指示。
- 瞭解您的健康問題，參與制定雙方均認可的治療目標。
- 提供該組織及其執業人員和提供者在提供護理時所需的資訊。
- 尊重健康護理員工，正如您希望獲得尊重一樣。
- 如果您對任何健康護理員工有疑問，請告知我們。致電會員服務。
- 按時就診。如果您必須取消，請盡快致電我們。
- 僅在真正緊急的情況下使用急診室。
- 當您需要醫療照護時 (即使是下班後)，請致電您的 PCP。

新技術

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

預立指示

您有時可能無法決定自己的健康護理。請提前作好打算，您現在便可安排以執行自己的想法。第一，讓家人、朋友與您的醫師了解您需要或不需要哪種治療。第二，您可以指定某位您信賴的成人為您作出決定。務必與您的 PCP、您的家人或其他與您親近的人交談，以便他們了解您的需要。第三，您最好能夠以書面形式提出您的想法。下面列出的文件可能會對您有幫助。您無需使用律師，但您可能希望與一名律師就此進行探討。您任何時候皆可以改變心意，並變更這些文件。我們可以幫助您理解或獲得這些文件。它們不會改變獲得優質健康護理福利的權利。唯一的目的是讓其他人在您無法表達自己的想法時了解您的需求。

健康照護代理

您可以此文件指名其他您信任的成人（通常是朋友或親人），在您無法決定時，替您決定要用何種醫療照護。如果您這麼做，您應與該人士交談，以便他們知道您的想法。

CPR 及 DNR

您有權決定在您的呼吸或血液循環停止時，您是否希望以任何特殊或緊急治療來重新開始您的心肺功能。如果您不想要特殊治療，包括心臟復甦術 (CPR)，您應以書面形式表達您的意願。您的 PCP 將針對您的醫療記錄提供 DNR (不實施心肺復甦術)。您也可以攜帶 DNR 表及／或戴手環，以讓所有緊急醫療提供者了解您的意願。

器官捐贈卡

此皮夾大小的卡片指明，您願意在您死後捐出您的身體器官幫助他人。此外，檢查駕駛證背面，以讓其他人知道您是否願意或打算如何捐獻您的器官。

第二部分 – 您的福利和計劃程序

健康計劃隱私政策聲明

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

生效日期：2019 年 1 月 1 日。

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

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

根據法律規定，我們必須遵守該通知中的條款。

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

我們如何使用或分享您的資訊

我們必須使用並與下列對象分享您的 HI：

- 您或您的合法代表
- 政府機關

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

- 為了付款。我們可以使用或分享您的 HI 以處理保費付款與理賠事宜。其中可能包括協調福利。
- 為了治療或管理照護。我們可以與您的提供者分享您的 HI，以協助其提供護理。
- 用於健康照護作業。我們可能會就疾病管理或保健計劃提出建議。我們可能會研究數據資料以改善我們的服務。
- 為了告訴您健康計劃或產品的相關資訊。我們可能會向您介紹其他治療、產品和服務。這些活動可能受到法律限制。

- 供計劃贊助者使用。我們可能會向您的雇主提供投保、退保及摘要的 HI。若他們適當限制其對 HI 的使用方式，我們可能會向其提供其他 HI。
- 為了核保。我們可能會使用您的 HI 來作承保決定。我們不會將您的遺傳 HI 用於核保目的。
- 用於涉及福利或照護的提醒。我們可能會使用您的 HI 來傳送約診提醒以及與您健康福利有關的資訊。

我們可能會以下列方式使用或共用您的 HI

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

第二部分 – 您的福利和計劃程序

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

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

您的權利

您享有下列權利。

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

第二部分 – 您的福利和計劃程序

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

行使您的權利

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

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

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

第二部分 – 您的福利和計劃程序

財務資訊隱私聲明

本聲明顯示了可能會如何使用和共用您的財務資訊請仔細閱讀。

生效日期：2019 年 1 月 1 日。

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

我們會收集的資訊

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

FI 的分享。

我們將僅會按照法律許可的方式分享 FI。

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

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

保密性與安全性

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

關於此聲明的疑問

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

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

