



歡迎加入
社區。

New York

Medicaid
2015 年 1 月更新

 **UnitedHealthcare**[®]
Community Plan



重要電話號碼

會員服務部門（每週 7 天，每天 24 小時開放） **1-800-493-4647**
 TDD/TTY（失聰者服務專線） **711**

您的主治醫師： 請見您的 UnitedHealthcare Community Plan 識別卡

紐約州衛生部門（投訴專線） **1-800-206-8125**

紐約州北部各郡社會服務部門：

Albany 郡社會服務部門.....	1-518-447-7300
Broome 郡社會服務部門.....	1-607-778-2669
Cayuga 郡社會服務部門.....	1-315-253-1011
Chautauqua 郡社會服務部門.....	1-716-661-8200
Chemung 郡社會服務部門.....	1-607-737-5309
Chenango 郡社會服務部門.....	1-607-337-1500
Clinton 郡社會服務部門.....	1-518-565-3222
Columbia 郡社會服務部門.....	1-518-828-9411
Essex 郡社會服務部門.....	1-518-873-3450
Fulton 郡社會服務部門.....	1-518-736-5640
Genesee 郡社會服務部門.....	1-585-344-2580
Herkimer 郡社會服務部門.....	1-315-867-1291
Jefferson 郡社會服務部門.....	1-315-782-9030
Lewis 郡社會服務部門.....	1-315-376-5105
Madison 郡社會服務部門.....	1-315-366-2211
Monroe 郡社會服務部門.....	1-585-753-2740
Niagara 郡社會服務部門.....	1-716-439-7600
Oneida 郡社會服務部門.....	1-315-798-5632
Onondaga 郡社會服務部門.....	1-315-435-2928
Ontario 郡社會服務部門.....	1-585-396-4060
Orange 郡社會服務部門.....	1-845-291-4000
Oswego 郡社會服務部門.....	1-315-963-5000

Rensselaer 郡社會服務部門	1-518-270-3928
Rockland 郡社會服務部門	1-845-364-2000
Seneca 郡社會服務部門	1-315-539-1865
St. Lawrence 郡社會服務部門	1-315-379-2276
Tioga 郡社會服務部門	1-877-882-8313
Ulster 郡社會服務部門	1-845-334-5000
Warren 郡社會服務部門	1-518-761-6300
Wayne 郡社會服務部門	1-315-946-4881
Westchester 郡社會服務部門	1-800-549-7650

紐約市和長島：

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

New York Medicaid CHOICE 1-800-505-5678



網站 MyUHC.com/CommunityPlan

其他健康護理提供者

姓名： _____ 電話： _____

最靠近的急診室： _____ 電話： _____

當地藥房： _____ 電話： _____



**6 歡迎加入 UnitedHealthcare Community Plan
Medicaid Managed Care Program**

- 6 管理式護理如何運作
- 7 如何使用這份手冊
- 8 會員服務提供的協助
- 9 您的健康計劃識別卡



10 第一部分 - 您首先需瞭解的事

- 10 如何選擇主要護理提供者
- 11 如何獲得例行護理
- 13 如何獲取專科護理和轉介
- 14 從 UnitedHealthcare Community Plan 獲得這些無須轉介的服務
- 16 緊急情況
- 17 緊急護理
- 18 我們希望您常保健康



19 第二部分 - 您的福利和相關程序

- 19 福利
- 19 UnitedHealthcare Community Plan 承保的服務
- 31 您可從 UnitedHealthcare Community Plan 或您的 Medicaid 卡獲得的福利
- 33 僅限使用 MEDICAID 卡才可獲得的福利
- 37 Medicaid 或 UnitedHealthcare Community Plan 未承保的服務
- 38 服務授權及拒絕某項服務
- 38 事前授權及時間表
- 41 事後審查及時間表
- 41 我們如何付費給護理服務提供者

42	您可以協助制定此計劃的政策
42	會員服務可提供的資訊
43	通知我們
43	退保的選項
44	如果您想退出此計劃
44	您可能會失去參加 Medicaid Managed Care 的資格
45	我們可以要求您退出 UnitedHealthcare Community Plan
45	對行動提出上訴
48	外部上訴
50	公平的聽証會
51	申訴程序
51	如何提出申訴
52	提出申訴之後
52	上訴
54	會員權利及責任
56	預先指示
57	隱私實務通知

歡迎加入

UnitedHealthcare Community Plan 的 Medicaid Managed Care Program

您選擇成為 UnitedHealthcare Community Plan 的成員，讓我們倍感榮幸。我們希望確保您成為新會員後有一個好的開始。為對您有更多瞭解，我們在未來兩個或三個星期內將與您聯絡。有任何疑問或需要預約協助，請與我們聯絡。如果在我們與您聯絡之前您有任何需要，只需撥打 **1-800-493-4647**。

管理式護理如何運作

本計劃，我們的護理服務提供者，與您。

毫無疑問，您已經看到或聽到醫療保險的變化。許多消費者現在可以透過管理式護理得到他們的健康福利。在紐約州的許多郡，包括紐約市，皆提供您各種管理式護理健康計劃的選擇。在所有的郡，參加 Medicaid 的人必須加入一個醫療保險計劃，除非被排除或被豁免。

如果您住在紐約州下列的郡，您便有資格加入這個計劃：

- Albany、Broome、Cayuga、Chautauqua、Chemung、Chenango、Clinton、Columbia、Essex、Fulton、Genesee、Herkimer、Jefferson、Lewis、Madison、Monroe、Nassau、Niagara、Oneida、Onondaga、Ontario、Orange、Oswego、Rensselaer、Rockland、Seneca、St. Lawrence、Suffolk、Tioga、Ulster、Warren、Wayne and Westchester counties; and New York City including Bronx、Kings、Queens、Richmond 及 New York 等郡。

UnitedHealthcare Community Plan 與州政府衛生部門訂有合約，可滿足擁有 Medicaid 的人士之健康護理需求。相對地，我們選擇了一群健康護理服務提供者來幫助我們滿足您的需求。這些醫生和專科醫生、醫院、實驗室和其他健康護理機構組成我們的健康護理服務**提供者網絡**。您可在我們的護理服務提供者目錄中找到名單。如果你沒有護理服務提供者目錄，請撥打 **1-800-493-4647** 以獲得一份副本。

當您加入 UnitedHealthcare Community Plan，我們其中一位護理服務提供者將會照顧您。大多數的時候那個人會是您的主要護理提供者 (Primary Care Provider)。如果您需要作檢查，看專科醫生或進醫院，您的主要護理提供者會安排。您可隨時與您的主要護理提供者聯絡。如果您需要在下班後或週末與他或她聯絡，您可留言並留下您的聯絡方式。您的主要護理提供者會儘快與您聯絡。儘管您的主要護理提供者是醫療服務的主要來源，在某些情況下，您可以自行獲取某些醫生的一些服務。詳情請見第 14 頁。

如果您被認定為受限的接受者，您可能會無法選擇特定的計劃護理服務提供者。以下是為什麼您可能會受到限制的例子：

- 為同樣的問題看好幾個醫生。
- 在非需要情況下獲得醫療護理。
- 在可能會危害您的健康的情況下使用處方藥。
- 允許自己以外的對象使用您的計劃識別卡。

如何使用這份手冊

當您加入管理式護理計劃，本手冊將提供您協助。它會告訴您您的新的醫療保險系統如何運作以及如何充分利用 UnitedHealthcare Community Plan。這本手冊是您醫療服務的指南。它提供您需要使用此計劃時需採取的步驟。

前幾頁將告訴您**立即**需要知道的訊息。其他部分可等您要用時再參閱。將其作為參考或每次翻閱一些。

如有任何問題，請參考此手冊或致電會員服務中心。您亦可致電您當地社會服務部門的管理式護理職員。當地社會服務部門電話號碼請見封面內頁。

如果您住在紐約市、Albany、Cayuga、Chemung、Chenango、Clinton、Columbia、Essex、Fulton、Genesee、Jefferson、Lewis、Madison、Monroe、Nassau、Onondaga、Ontario、Orange、Oswego、Rockland、St. Lawrence、Suffolk、Tioga、Ulster、Warren、Wayne 或 Westchester 等郡，您也可以致電 New York Medicaid Choice 服務專線，電話是 1-800-505-5678。一週七天、一天廿四小時均可撥打會員服務電話 **1-800-493-4647**。聽障者可撥 711 以使用 AT&T TDD Relay Service。

會員服務提供的協助

相關人員每週七天、每天廿四小時為您提供協助。如需會員服務，您只需撥免費電話 **1-800-493-4647**。聽障者請撥 **711** 以使用 **AT&T TDD Relay Service**。

任何時候您有疑問，均可來電獲得協助。您可來電選擇或變更您的主要護理提供者（Primary Care Provider，簡稱 PCP）、詢問福利和服務、獲得轉介的協助、補發遺失的識別卡、登記新生兒或詢問任何可能會影響您或家人福利的變動。

若您已或剛懷孕，在他或她出生那天，您的孩子也將成為 UnitedHealthcare Community Plan 的一份子。大部份情況都是如此，除非您的新生兒屬於某個無法參加管理式護理的團體。一旦懷孕，您應立即致電我們及您的 LDSS，讓我們幫助您為您的**新生兒**在出生前選擇一位醫生。

我們提供**免費講座**來解釋我們的健康計劃，並說明我們將如何充分幫助您。這是一個問問題和認識其他會員的好機會。若欲參加此講座，請來電查詢最適合您的時間和地點。

若您不諳英語，我們會提供協助。不管您使用那種語言，我們希望您知道如何使用您的醫療護理計劃。只要您來電我們便會找到方式以您的語言與您溝通。我們有一群可以幫您的人。我們也會幫您找一位能以您的語言服務的主要護理提供者（Primary Care Provider，PCP）。



對於身心障礙人士：若您使用輪椅、有視覺、聽覺或理解障礙，若需額外協助請來電。我們可告訴您某位醫生的辦公室是否適合輪椅進出或是否有特別的溝通設備。我們也提供下列服務：


- TTY機器（我們的TTY電話號碼是711）。
- 訊息有放大字體、點字、或錄音帶形式。
- 個案管理。
- 約診或就診協助。
- 專精於您的身心障礙症狀的護理服務提供者的電話和地址。

您的健康資訊：對口頭、書面、電子資訊，UnitedHealthcare均有跨組織的內部保護。

您的健康計劃識別卡

在您加入後，我們會寄給您一封歡迎信函。您的 UnitedHealthcare Community Plan 識別 (ID) 卡應在加入後十四天內寄達。您的識別卡會印有主要護理提供者 (Primary Care Provider, PCP) 的姓名和電話號碼。其上也有您的顧客識別號碼 (CIN)。如有任何錯誤請立即來電。請隨身攜帶您的識別卡，每當您需要醫療服務時請出示此卡。若您在保險卡寄達前便需醫療服務，您的歡迎信可證明您為會員。您應該保留您的 Medicaid 醫療卡。您將需要此卡以獲得 UnitedHealthcare Community Plan 不承保的服務。這包括診所的門診藥物勒戒服務。

		
Health Plan (80840) 911-87726-04		
Member ID: 999999999	Group Number: NYCDFHP	
Member: SUBSCRIBER BROWN		
CIN#: XX99999X	Payer ID: 87726	
PCP Name: BROWN, PROVIDER		
PCP Phone: (999)999-9999		
Rx Bin: 610494 Rx Grp: ACUNY Rx PCN: 9999		
0501	UnitedHealthcare Community Plan for Families Administered by UnitedHealthcare of New York, Inc.	

In an emergency go to nearest emergency room or call 911.		Printed: 08/23/11
		
This card does not guarantee coverage. For coordination of care call your PCP. To verify benefits or to find a provider, visit the website www.myuhc.com/communityplan or call.		
For Members:	800-493-4647	TDD 800-662-1220
Mental Health:	888-291-2506	TDD 800-486-7914
For Providers :	www.uhccommunityplan.com	866-362-3368
Medical Claims:	PO Box 5240, Kingston, NY, 12402-5240	
Pharmacy Claims:	OptumRx, PO Box 29044, Hot Springs, AR 71903	
For Pharmacists:	877-305-8952	

如何選擇主要護理提供者

您可能已選擇了主要護理提供者（Primary Care Provider）做為您的常規醫生。這個人可能是醫生或執業護理師。**若您尚未為您及家人選定一位主要護理提供者，請立刻行動。**若您未在 30 天內選定一位醫生，我們會為您選擇。每位家庭成員均可有一位不同的主要護理提供者，亦可全家人共用一位。小兒科醫生診治兒童。家醫科醫生診治全家。內科醫生診治全家。會員服務可幫您選擇一位主要護理提供者。

有了這本手冊，您應該就會有護理服務提供者目錄。這是一份所有醫生、診所、醫院、檢驗室和其他與 UnitedHealthcare Community Plan 合作者的清單。它列有醫生的地址、電話和受過的特別訓練。這份護理服務提供者目錄會顯示哪位醫生和護理服務提供者可接受新患者。在您選擇主要護理提供者時，應致電他們的辦公室以確定他們接受新病人。

婦女不必選擇一位主要婦科醫生。婦女可接受任何網絡內婦科醫生的護理。婦女無需主要護理提供者的轉介去看網絡內的婦科醫生。她們可進行定期檢查（一年兩次），如有問題可複診，並且在懷孕時有例行照護。婦科門診無次數限制。

我們也與 FQHCs（聯邦合格的健康中心）有合約。所有 FQHCs 均提供主要和專科護理。有些消費者想要接受 FQHCs 的護理因為這些中心在社區中有悠久的歷史。也許您也想試試因為它們很方便去。您應知道您有選擇。您可選擇我們目錄中任何一位服務提供者。或者，您可以登記一位與我們合作的 FQHC 的主治醫生；他們也會列於護理服務提供者目錄中。如需協助，您只需撥會員服務免費電話 **1-800-493-4647**。

幾乎所有情況下，您的醫生將會是 UnitedHealthcare Community Plan 的護理服務提供者。在某些情況下您可以繼續看您加入 UnitedHealthcare Community Plan 之前看的醫生，即使他或她未參與我們的計劃。在以下情況，您可繼續看您的醫生：

- 您在加入時已懷孕三個月或以上並有產前護理。
在這種情況下，您可繼續看您的醫生，直至分娩後包括產後護理。
- 在您加入時，您有危及生命的疾病或隨時間而趨嚴重的症狀。在這種情況下，您可以要求保有您的醫生最多 60 天。

您可能想找一位醫生。

- 是您以前看過的。
- 了解您的健康問題的。
- 接受新病人的。
- 會說您的語言的。
- 方便去的。



然而，在以上兩種情況中，您的醫生必須同意與 UnitedHealthcare Community Plan 合作。請要求您的醫生致電 UnitedHealthcare Community Plan 的事前授權部門 1-866-604-3267 以提出持續護理要求。

若您有慢性疾病，例如 HIV／愛滋病或其他長期健康問題，您也許可以**選擇一位專科醫生做為您的主要護理提供者 (Primary Care Provider, PCP)**。請致電會員服務部門以請求一位專科醫生成為您的主要提供者 (PCP)。

如有需要，您可以在第一次就診 30 天內 **更換主要護理提供者**。其後，您可以不需原因在同年內更換三次主要護理提供者，如有好的原因則可更頻繁。您也可更換專科醫生成主要護理提供者轉介的那位。

如果您的**主要護理提供者退出 UnitedHealthcare Community Plan**，我們會在收到通知後 15 天內告訴您。**如果您已懷孕超過三個月或您正在接受某種持續性的治療**，若您想要的話，您可能可以看同一位醫生。如果您懷孕，您可以繼續看您的醫生至產後 60 天。若您為某持續性的症狀而定期看醫生，您可以繼續目前的治療療程最多達 90 天。您的醫生必須同意在這期間與此計劃合作。若任何以上情況適用於您，請諮詢您的主要護理提供者或電會員服務部 **1-800-493-4647** 以獲得協助。請要求您的醫生致電 UnitedHealthcare Community Plan 的事前授權部門 1-866-604-3267 以提出持續護理要求。

如何獲得例行護理

定期照護意指檢驗，例行檢查，疫苗注射或其他保持健康的治療，當您需要時給您建議，及必要時轉介您至醫院或專科醫生。這表示您和您的主要護理提供者共同合作來維護您的健康或確保您得到必要的護理。白天或晚上，只要一通電話便可聯絡到您的主要護理提供者。當您有健康上的問題或疑慮時務必與他或她聯絡。如果您在下班後或週末致電，請留言並留下您的聯絡方式。您的主要護理提供者會儘快回電。請記得，您的主治醫師瞭解您，並且瞭解健康計劃如何運作。

您們護理必須是**醫療上必須的**。您得到的服務必需是必要的：

1. 預防，或診斷並矯正可能引起更大痛苦的情況。
2. 處理對生命有威脅的情況。
3. 處理可能導致疾病的問題。
4. 處理可能限制正常活動的情況。

第一部分 - 您首先需瞭解的事

您的主要護理提供者會照顧您大部分的醫療保健需求，但在你看您的主要護理提供者前必須先預約。若您不能按時就診，打電話讓您的主要護理提供者知道。如果可以的話，請在第一次就診前稍作準備。一選好了主要護理提供者就打電話預約第一次就診。您的主要護理提供者需要儘可能地知道您所知的病史。將您的病史，你現在有什麼困擾，你要問您的主要護理提供者的問題列表。在大多數情況下，您的第一次門診應該是您加入計劃的三個月內。

如果您在第一次門診便需護理，請致電主要護理提供者的辦公室來解釋這個您的問題。他或她會給您一個較早的預約。（您還是應該保留第一次門診。）

預約準則

我們對您要求預約後可能要等多久有所限制，使用下表作為預約指南：

成人基礎和常規體檢	在12週內
緊急護理	24 小時內
非緊急因病就診	3天內
常規，預防保健	4周內
第一產檢	在第一孕期3週內 (第二孕期2週內，第三孕期1週內)
首次新生兒門診	出院後2週之內
首次家庭計劃門診	2 週內
精神科/物質濫用急診室或住院後複診	5 天
非緊急精神科或物質濫用診查	2 週

如何獲取專科護理和轉介

如果您的主要護理提供者無法提供您需要的護理，他或她會轉介您去看專科醫生。如果您的主要護理提供者轉介您去看另一個 UnitedHealthcare Community Plan 的醫生，我們會支付醫療費用。大部分這些專科醫生都是計劃內的護理提供者。諮詢您的主要護理提供者，以確保您知道轉診如何運作。如果您覺得專科醫生不能滿足您的需求，跟您的主要護理提供者討論。如果您需要看不同的專科醫生，您的主要護理提供者可以幫您。有一些治療和服務，您的主要護理提供者必須**事前**徵得 UnitedHealthcare 的核准。您的主要護理提供者可以告訴你它們是什麼。除了在這本手冊中描述的任何共保額，您看專科醫生不必支付任何費用。

如果您得不到您認為您需要的轉診，請聯繫會員服務部 **1-800-493-4647**。

當您的主要護理提供者送您去看專科醫生，他或她會給您此專科醫生的姓名並可能可以幫您預約。您的主要護理提供者可能會用他或她的信箋或處方箋，記下一些注意事項與專科醫生的姓名和他或她在看您時需要知道的重要資訊。您應將其帶到專科預約。

如果在 UnitedHealthcare 的網絡裡沒有您需要的專科醫生，我們將讓您從 UnitedHealthcare 網絡外的專科醫生處得到護理。您的主要護理提供者必須致電 UnitedHealthcare 的預先授權部門 **1-866-604-3267**，獲得讓您去 UnitedHealthcare 網絡外專科醫生的授權。此專科醫生必須同意與 UnitedHealthcare 合作，並同意我們的付費。此核准被稱為「預先授權」。當您的主要護理提供者送您去看 UnitedHealthcare 網絡外專科醫生時，他或她會解釋這一切給你聽。欲知更多有關提出看 UnitedHealthcare 網絡外專家要求時所需附上文件的資訊，請參閱「服務授權和行動」一節。如果 UnitedHealthcare Community Plan 核准使用網絡外護理提供者，除了在這本手冊中描述的任何共保額，您不必支付任何費用。

如果您有長期疾病或隨時間惡化的身心障礙疾病，你的主要護理提供者也許能安排：

- 您的專科醫生擔任您的主要護理提供者；或
- 轉介到專門處理您的問題的專科醫療中心。

您也可以致電會致電會員服務員服務尋求幫助以進入專科醫療中心。如果您有慢性或致殘的疾病，並希望自己的專科醫生擔任您的主要護理提供者，您應該：

- 詢問您的專科醫生是否願意成為您的主要護理提供者，包括：執行基礎和定期健康評估、維護您的病歷資料、協調醫院護理，管理檢驗室，放射科和其他網絡內專科醫生轉介；

第一部分 - 您首先需瞭解的事

- 請您的專科醫生發出書面要求，聲明他/她將作為您的主要護理提供者，寄到：
Member Services Director
UnitedHealthcare Community Plan
77 Water Street, 14th Floor
New York, NY 10005

如果您想看一個不同的專科醫生，請洽詢您的主要護理提供者或電洽會員服務部 **1-800-493-4647**。

UnitedHealthcare Community Plan 中 無需轉介的服務

婦女服務。

在以下情況，您無需主要護理提供者的轉介去看網絡內的醫療提供者：

- 您懷孕了，
- 您需要婦科服務，
- 您需要家庭計劃服務，
- 您想看助產士，
- 您需要乳房或婦科檢查。

家庭計劃。

您可以得到下列家庭計劃服務：控制生育的諮詢和/或處方、妊娠試驗、結紮、在紐約市選擇性流產或醫療上必要的流產。在進行以上這些診療時，您還可以得到性傳播感染檢測，乳癌檢查和骨盆腔檢查。

您不需主要護理提供者的轉介得到這些服務。事實上，您可以選擇從哪裡得到這些服務。您可以使用您的 UnitedHealthcareCommunity Plan 識別卡，約見 UnitedHealthcareCommunity Plan 家庭計劃服務提供者。請查閱計劃的護理服務提供者目錄，或致電會員服務部門以協助您尋找一位護理服務提供者。或者，如果您想約見 UnitedHealthcare Community Plan 網絡外的醫生或診所，您可以使用您的 Medicaid 卡。請諮詢您的主要護理提供者或致電會員服務部 **1-800-493-4647** 以取得提供這些服務處所的名單。您也可以致電紐約州健康成長熱線（1-800-522-5006）以取得您附近家庭計劃服務提供者的名字。

HIV 諮詢及檢驗。

UnitedHealthcare 欲推動 HIV/愛滋病的預防。我們提供有 HIV 感染危險的人相關資訊。我們可以為您提供感染如何蔓延，如果你沒有感染如何保護自己，以及如果你有感染如何保護別人的資訊。我們可以提供您有關如何得到測試和您和您的夥伴接受諮詢的資訊。我們有許多專門護理 HIV 病毒感染者的醫生。

如果您想了解更多有關 HIV 預防以及 UnitedHealthcare 可如何以幫助您，請在上班時間撥打個案管理處熱線 1-866-219-5159。UnitedHealthcare 也有旨在幫助 HIV 帶原會員的特別計劃。如果您希望了解此計劃可如何幫助您，請電個案管理部熱線 1-866-219-5159。

- 任何時候您有家庭計劃服務您亦可獲得 HIV 病毒檢測和諮詢。您不需要您的主要護理提供者（Primary Care Provider）的轉介。只要與我們的家庭計劃服務提供者預約。
- 或者，如果您不想約見 UnitedHealthcare Community Plan 的服務提供者，您可以使用您的 Medicaid 卡約見 UnitedHealthcare Community Plan 網絡外的家庭計劃服務服務提供者。如需幫助尋找網絡外內或 Medicaid 的家庭計劃服務提供者，請致電會員服務部 **1-800-493-4647**。
- 如果您僅想得到 HIV 病毒檢測和諮詢，而非家庭計劃服務的一部分，您的主要護理提供者可以提供或為您安排。或者您可以造訪一個匿名 HIV 病毒檢測和諮詢服務的網站。詳細資訊，請撥打紐約州 HIV 諮詢熱線 1-800-872-2777 或 1-800-541-AIDS。
- 在檢測和諮詢服務後，如果您需要 HIV 治療，您的主要護理提供者將幫助您得到後續護理。

眼科護理

承保的福利包括：眼科醫生，驗光師和眼鏡配鏡師的必要的服務，如果需要的話，並包括眼科檢查和一副眼鏡。一般來說，您可以每兩年得到一次這些服務；如果醫療所需的話則更頻繁。在任何十二（12）個月期間內，被診斷為糖尿病的投保人可自行轉診散瞳（視網膜）檢查一次。您只要選擇一位列於護理服務提供者目錄中參與計劃的護理服務提供者即可。通常每兩年提供一次新眼鏡（含 Medicaid 核准鏡框）。新鏡片可以更常更換；例如，如果您的視力變化超過二分之一的屈光度。如果您打破您的眼鏡，它們可被修復。遺失眼鏡，或破裂的眼鏡無法修復，將以同一處方和樣式的鏡框換配。如果您需要為眼部疾病或缺陷的護理看眼科專科醫生，您的主要護理提供者將為您轉介。

第一部分 - 您首先需瞭解的事

精神科/藥物依賴（包括酗酒和物質濫用）。

UnitedHealthcare Community Plan 與 Optum Behavioral Health 合作，以提供心理健康和藥物依賴服務，包括酒精和物質濫用服務。Optum Behavioral Health 將與 UnitedHealthcare Community Plan 合作，以確保您得到您所需要的服務。您或您的護理服務提供者可隨時撥打 Optum Behavioral Health 的免付費電話：1-888-291-2506 以尋求幫助。

您可以在任何 12 個月內，無需轉介，作一次精神健康評估。您必須使用 UnitedHealthcare Community Plan 的護理服務提供者，但您不需要您的主要護理提供者核准。您也可以在任何 12 個月內，無需轉介，作一次藥物依賴評估。您必須使用計劃內的護理服務提供者或藥物依賴診所。如果您需要更多的門診，您的主要護理提供者將幫您得到轉介。如果您想作任何酒精和/或藥物濫用門診治療服務的藥物依賴評估，除門診戒毒服務，您必須使用您 Medicaid 醫療卡去藥物依賴診所。

緊急情況

此計劃涵蓋您任何時地的緊急情況。構成**緊急情況**的醫療或行為狀況：

- 突然發生的且
- 有疼痛或其他症狀。

這將使一個對健康僅有一般知識的人害怕若無立即的醫療護理，有人身體部位或功能將遭受嚴重危害或嚴重毀容。

緊急情況的例子：

- 心臟病發作或嚴重的胸痛。
- 出血不止或嚴重燒傷。
- 骨折。
- 呼吸困難，抽搐，或失去意識。
- 當您覺得您可能會傷害自己或他人。
- 如果您是孕婦，有疼痛，出血，發燒，或嘔吐跡象。

非緊急情況的例子是：感冒，喉嚨痛，胃部不適，輕微割傷和瘀傷，或肌肉扭傷。



請切記

- **緊急服務不需要事先核准。**只有當您有緊急情況才使用急診室。
- **急診室不應該被用於處理諸如感冒，喉嚨痛或耳部感染等問題。**
- 如果您有任何疑問，請致電您的主要護理提供者或 UnitedHealthcare Community Plan **1-800-493-4647**。

如果您有緊急情況，請如此處理。

如果您相信您有一個**緊急情況**，請致電 911 或前往最近的急診室。在得到緊急治療之前，您不需要得到您的計劃或主要護理提供者的批准，也不需使用我們的醫院或醫生。

如果您不確定，打電話給您的**主要護理提供者**或 **UnitedHealthcare Community Plan**。告訴對方發生什麼事情。您的主要護理提供者或會員服務代表將：

- 告訴您在家裡怎麼做，
- 告訴您來您的主要護理提供者的辦公室，或
- 告訴您去最近的急診室。

如果遇到緊急情況時，**您在外地**：

- 去最近的急診室。

緊急護理

您可能有一個非緊急但仍需及時治療的受傷或疾病。

- 這可能是一個在半夜醒來，不停止哭泣耳朵痛的孩子。
- 也可能是扭傷的腳踝，或是惱人的無法拔出的小刺。

您可以得到一個同日或第二天緊急護理的預約。無論您是在家或外出，請致電您的主要護理提供者，隨時隨地，白天或晚上。如果您無法聯繫到您的主要護理提供者，請致電 **1-800-493-4647**。告訴接電話的人發生什麼事。他們會告訴您該怎麼做。

美國地區以外的護理

如果您在美國以外的地方，只有在 **District of Columbia**、**Puerto Rico**、**Virgin Islands**、**Guam**、**the Northern Mariana Islands** 和 **American Samoa** 可以得到迫切和緊急護理。如果您在其他任何國家（包括加拿大和墨西哥）需要醫療護理，您需自行付費，而且 **UnitedHealthcare Community Plan** 不會負責。

我們希望您常保健康

除了例行檢查和您和您的家人需要的疫苗注射，這裡有一些其他的方式來讓您保持健康：

- 為您和您的家人準備的課程。
- 戒菸班。
- 產前護理和營養。
- 悲傷／失親支援。
- 母乳喂哺和嬰兒護理。
- 壓力管理。
- 體重控制。
- 膽固醇控制。
- 糖尿病諮詢和自我管理訓練。
- 氣喘諮詢和自我管理訓練。



致電會員服務

1-800-493-4647

以得到更多了解和
服務列表。

第二部分 - 您的福利和相關程序

這本手冊的其餘部分是當您需要時供您參考。它列出了承保和非承保的服務。如果您要投訴，本手冊會告訴您該怎麼做。該手冊有其他可能您覺得有用的資訊。請將本手冊放在方便的地方以備不時之需。

福利

除了一般 Medicaid 所提供的服務之外，Medicaid 管理式護理還提供了許多服務。UnitedHealthcare Community Plan 將提供或安排大多數您最需要的服務。然而，您可以不經由您的主要護理提供者得到一些服務。這些包括緊急護理；家庭計劃/HIV 檢測和諮詢；以及特定的自行轉介服務，包括那些您可以從計劃中得到的服務和一些您可以選擇前往任何 Medicaid 護理服務提供者獲得的服務。如果您有任何疑問或需要對以下任何服務的協助，請撥打我們的會員服務部免費電話 **1-800-493-4647**。

新科技

一旦被確定為安全且由被認可國家級的醫學專家組織（例如 FDA 或食品藥品監督管理局）核准使用，UnitedHealthcare Community Plan 便遵循一種過程考察這些新的醫療程序，治療和藥物。一旦這種情況發生，我們有內部審查和核准過程用於將新的程序，治療和藥物投入生產，使之成為您承保的福利。

UnitedHealthcare Community Plan 承保的服務

您必須從 UnitedHealthcare Community Plan 網絡內的護理服務提供者取得這些服務。所有的服務必須具醫療必要性，並且是您的主要護理提供者（Primary Care Provider, PCP）提供或轉介。

例行醫療護理。

- 至您的主要護理提供者辦公室看診。
- 轉介至專科醫生。
- 眼睛/聽力檢查。

第二部分 - 您的福利和相關程序

預防護理。

- 健康嬰兒護理。
- 健康兒童護理。
- 例行檢查。
- 從出生至兒童期的疫苗注射。
- 投保人從出生到年齡 21 歲可獲得早期和定期篩查、診斷和治療 (EPSDT) 服務。
- 戒菸諮詢。投保人在工作曆年度內可獲得 8 個諮詢場次。戒菸產品也在承保範圍內。

產科護理。

- 孕期護理。
- 醫生/助產士和醫院服務。
- 新生兒室護理。
- 分娩教育。



如果您已透過您當地的人力資源管理局 (HRA) 或當地的社會服務部門 (DSS) 辦事處申請 Medicaid，當您懷孕和生產時，您必須馬上通知 HRA 或 DSS。這可以確保您的寶寶一出生就有保險。

如果截至 2014 年 1 月 1 日止您已經向 United Healthcare Enroller 或直接透過 New York State of Health 申請了 Medicaid，當您懷孕和生產時，您必須致電 1800-355-5777 通知 State of Health。這可以確保您的寶寶一出生就有保險。

家庭保健。

(必須醫學需要，並需由 UnitedHealthcare Community Plan 預先授權)

- 一次醫療上必要的產後家庭保健門診，高風險的婦女如醫療必需可有額外的門診。
- 高風險的嬰兒（新生兒）有至少 2 次門診。
- 根據需要且由您的主要護理提供者/專科醫生建議的其他家庭保健門診。

個人護理/家庭服務員/消費者導向的個人援助服務 (CDPAS)。

(必須有醫學上需要且需由 UnitedHealthcare Community Plan 預先授權)。

- **個人護理/家庭服務員** - 提供個人衛生，穿衣和進食一些或全面協助，並幫忙做飯和家務。
- **CDPAS** — 提供個人衛生，穿衣和進食一些或全面協助，並幫忙做飯，家務以及家庭健康援助和護理工作。這是由您選擇和指揮的助手提供的。如果您想了解更多資訊，請聯繫會員服務，免費電話 1-800-493-4647。

個人緊急回應系統 (PERS)。

這是您戴在身上的一種設備，如果有緊急情況可用以得到幫助。為符合資格並接受這項服務您必須正接受個人護理/家庭服務員或 CDPAS 服務。由 UnitedHealthcare Community Plan 預先授權是必要的。

成人日間保健服務。

- 必須是由您的主要護理提供者 (PCP) 所建議。
- 提供以下部分或全部的內容：健康教育，營養，跨學科的護理計劃，護理和社會服務，協助和監督日常生活的活動，恢復性康復和維持療法，規劃的治療性或娛樂活動，醫藥服務，以及必要的牙科服務和附屬專科護理轉介。

愛滋病成人日間保健服務。

- 必須是由您的主要護理提供者 (PCP) 所建議。
- 提供一般的醫療和護理護理，藥物濫用支援服務，心理健康支援服務，個人和團體的營養服務，以及結構化社交，娛樂和保健/健康促進活動。

結核病直接觀察治療。

- 提供觀察和配藥，藥物任何不良反應的評估和案例複察。

臨終關懷福利

UnitedHealthcare Community Plan 將提供臨終關懷福利。此服務須為醫療所需且由 UnitedHealthcare Community Plan 安排。

- 臨終關懷為會員提供非治療性醫療和支持服務，需由醫生證明為身患絕症且預期壽命為一（1）年或以下。臨終關懷可以於您的家中或住院環境提供。
- 臨終關懷計劃提供患者和他們的家人和緩及支持療法，以滿足在疾病的最後階段，及臨終和喪痛期間因身體，心理，精神，社會和經濟壓力產生的特殊需求。
- 對於未滿二十一（21）歲且正在接受臨終關懷服務的孩子，除了和緩治療，醫療上必要的治療性服務都包括在內。

如果您對這項福利有任何疑問，您可以撥打我們的會員服務部免費電話 **1-800-493-4647**。

牙科護理

UnitedHealthcare Community Plan 在我們服務的各郡承保牙科服務。UnitedHealthcare Community Plan 認為，為您提供良好的牙齒護理對您的整體健康保健是很重要的。我們透過與專門提供高質量牙科服務的個別牙醫和執業團體的合約，提供牙科護理。承保的服務包括定期和例行牙科服務，如預防性口腔檢查，清潔，X光，補牙等服務，以檢查是否有可能需要治療和/或後續護理的任何改變或異常。**看牙科醫生無需您的主要護理提供者(PCP) 轉介。**

如何獲得牙科服務。

您不需選擇為 UnitedHealthcare Community Plan 選擇主要護理牙醫。您可以透過選擇一位列於護理服務提供者目錄的牙醫的方式，來選擇任何參與計劃的牙醫（其屬於 UnitedHealthcare Community Plan 網絡），或致電會員服務部門以尋求協助，電話是 **1-800-493-4647**。每當您接受牙科服務，請出示您的 UnitedHealthcare Community Plan 會員識別卡。

出示您的 UnitedHealthcare Community Plan 會員識別卡即可使用牙科福利。您將不會收到一張另外的牙科識別卡。當您約見牙醫時，您應該出示您的 UnitedHealthcare Community Plan 會員識別卡。

您也可以未經轉介到由學術牙科中心經營的牙科診所。欲知學術牙科中心的地址，請致電會員服務，免費電話 **1-800-493-4647**。

齒顎矯正護理。

對年紀 21 歲以下的兒童，若牙齒有嚴重問題，如：由於牙齒嚴重彎曲而不能咀嚼食物，齶裂或唇裂，UnitedHealthcare Community Plan 將承保牙套。

眼科護理

- 眼科醫生，眼鏡配鏡師和驗光師，並承保（如果有醫療上的必要）隱形眼鏡、聚碳酸酯安全鏡片、義眼和/或更換遺失或損壞的眼鏡，包括維修。若由經計劃中的服務提供者訂購，義眼在承保的範圍內。
- 眼睛檢查，通常每兩年一次，除非醫療上需要可更頻繁。
- 眼鏡（每兩年可配一副新眼鏡，需使用 Medicaid 批准的鏡框，如果醫療上需要可更頻繁）。
- 醫囑要求的低視能檢查和視覺輔助工具。
- 眼部疾病或缺陷專科醫生的轉介。

藥房

承保的福利包括：

- 處方藥。
- 成藥。
- 胰島素和糖尿病耗材。
- 戒菸藥物，包括非處方產品。
- 緊急避孕（每個工作曆年度 6 次）。
- 助聽器電池¹。
- 醫療和手術用品¹。
- 腸道配方和營養補充品²。

¹ 如需取得參與計劃的耐用醫療設備（“DME”）供應商的地點和電話號碼，請致電會員服務部門：**1-800-493-4647**。

² 如需瞭解腸道配方和營養補給品之承保限制的相關資訊，請致電會員服務部門：**1-800-493-4647**。

第二部分 - 您的福利和相關程序

某些人和某些藥物和器材，可能需支付藥房共付額。以下的消費者/服務沒有共付額：

- 未滿 21 歲的消費者。
- 孕婦。孕婦在懷孕期間和妊娠結束之月的兩個月後免共付額。
- 參加OMH或OPWDD家庭和社區為基礎的服務（HCBS）豁免計劃的消費者。
- 參加創傷性腦損傷（TBI）患者豁免計劃的消費者。
- 家庭計劃藥物和用品如避孕藥和保險套。
- 治療心理疾病（精神）和肺結核的藥物。

處方項目	共付額	共付細節
專利處方藥	3.00 美元 / 1.00 美元	每一個新的和續配處方都有一次共付額 治療心理疾病（精神）和肺結核的藥物無需共付額。
非專利處方藥	1.00 美元	
成藥 (例如，用於戒菸和糖尿病)	0.50 美元	每次配藥都有共付額

如何配處方藥。

帶著您的處方及 UnitedHealthcareCommunity Plan 會員識別卡到任何參與本計劃的藥房。參與計劃的藥房列於護理服務提供者目錄中，請造訪 [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.myuhc.com/CommunityPlan)，或致電會員服務部門的免付費電話：**1-800-493-4647** 以尋求協助。如果你不使用參與本計劃的藥房，您必須自己支付藥物的費用。每一個新的和續配處方都有共付額。

每一個新的和續配處方都有共付額。如果您需要支付共付額，則每個工作曆年度您需要支付最多 200 美元。如果您在同一曆年中轉換計劃，保留您的收據作為共付額的證明，或者您可以向您的藥房索取支付共付額的證明。您將需要給您的新計劃一份副本。

您可以選擇在哪裡配藥。您可以造訪 MyUHC.com/CommunityPlan 或致電會員服務部門：**1-800-493-4647**，在護理服務提供者目錄中找到參與計劃的藥房名稱。

所有在我們的首選藥物目錄（PDL）中的藥物，只有在醫療所需的情況下才有承保。您應該已經從您的歡迎文件收找到首選藥物目錄，或者您也可以致電會員服務 **1-800-493-4647** 索取副本。

預先授權。

某些藥物可能需要您的醫生在開處方前從我們這裡獲得預先授權。這表示處方必須經過批准，然後才能去藥房配藥。當一個藥需要預先授權，您的醫生必須與我們的藥劑部門聯繫。他們將審查您的醫生的要求，您和您的醫生會被告知我們的決定。如果您的處方藥需要預先授權但您的醫生沒有取得，你將無法得到你的處方藥。您的醫生需要撥打我們的藥劑部門 1-800-310-6826 要求預先授權。您的藥劑師可能可以給您 5 天的緊急供應，直到我們處理此請求。如果我們不同意該請求，我們會告訴您如何上訴。

階段療法。

某些在首選藥物目錄上的藥物需要先使用其他的藥物。這就是所謂的階段療法。如果已先試必須的藥物，階段療法的藥物在承保範圍內。如果還沒先試必須的藥物，您的醫生必須事先得到授權。我們將要求您的醫生解釋為什麼您不能先使用必須的藥物。如果我們不同意該請求，我們會告訴您如何上訴。

使用專利處方藥而不用非專利處方藥。

UnitedHealthcare Community Plan 要求儘可能使用非專利處方藥。非專利處方藥具有與專利處方藥相同的活性成分。非專利處方藥與專利處方藥同樣安全，有效。如果您的醫生認為您需要專利處方藥，而不是非專利處方藥，您的醫生必須致電 1-800-310-6826 事先得到授權。我們將要求您的醫生的資訊，解釋您為什麼不能使用非專利處方藥。如果我們不同意該請求，我們會告訴您如何上訴。

特種藥物。

特種藥房藥物通常是複雜的或慢性疾病的或慢性疾病的高價位藥物（口服或注射）。（這些包括例如用於治療類風濕性關節炎的藥物、生長激素和口服癌症藥物。）這些藥物通常需要頻繁的監測（確保他們有效，並避免副作用）且使用這些藥物的患者可能需要額外的支持或幫助來管理其治療。特種藥物需要預先授權。一旦批准專業藥房會致電會員以安排送貨。每次該續配時，藥房會致電會員。如果願意，會員可以經由當地的網絡內藥店得到他們的特種藥物。如果您需要幫助，請致電會員服務部 **1-800-493-4647**。

第二部分 - 您的福利和相關程序

不在 **UnitedHealthcare Community Plan 首選藥品目錄 (PDL)** 上的藥物。

如果您的處方藥不在我們的首選藥品目錄上，醫生必須獲得預先授權。如果您的醫生不這樣做，將無法得到藥品。首選藥品目錄上的藥物清在您的歡迎文件中，也可在 [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.myuhc.com/CommunityPlan) 找到，或致電會員服務 **1-800-493-4647**。如果醫生選擇不使用在首選藥品目錄上的藥物，您的醫生必須獲得藥劑部門預先授權。審查需要 24 小時。您和您的醫生會被告知審查的結果（決定）。如果我們不同意該請求，我們將告訴您如何上訴。

這些項目在承保範圍內：

- 控管藥物（根據聯邦法律每次都需要處方的藥物）。
- 使用控管藥物的化合物。
- 一次性血液或尿液葡萄糖檢測試劑。
- 一次性胰島素注射針頭或注射器。
- 生長激素。
- 胰島素。
- 採血針。
- 控管（處方）避孕器。
- 氟化物補充劑。
- 維他命和礦物質。
- 控管（處方）產前維生素。

這些項目不在承保範圍內：

- 合成代謝類固醇。
- 食慾抑制劑（用於減肥的藥物）。
- 抗皺劑。
- 施用藥物的任何費用。
- 飲食補充品
- 治療不孕症藥物。
- 某些處方維生素和礦物質產品。
- 治療禿頭藥物。
- 某些非控管藥物（成藥）。
- 著色劑。
- 用於美容目的的藥物。
- 根據FDA藥效研究被界定為低效的藥品。或由不具有與政府根據 OBRA'90 回扣協議的公司製成的藥物。

您的醫生可與 UnitedHealthcare 合作，以確保您得到您所需要的藥物。您可在本手冊中找到更多關於預先授權的資訊。

您可以選擇在哪裡配藥。您可以去參與我們計劃的任何藥房，或者經由郵購藥房配藥。有關您的選項的更多資訊，請聯繫會員服務部 **1-800-493-4647**。

醫院護理

- 住院護理，如手術，住院就診，麻醉和必要的醫療服務。
- 門診護理，如門診手術，麻醉，醫生服務和醫療必要的服務。
- 實驗室，X 射線，其他檢查。

緊急護理

- 緊急醫療服務是評估或穩定緊急情況所需的程序，治療或服務。
- 當您接受後緊急護理後，您可能需要其他的護理，以確保您保持在穩定狀態。根據不同的需要，您可以在急診室，在住院病房裡，或其他地方進行治療。這就是所謂的**穩定後服務**。
- 有關緊急服務詳情，請參見第 16 頁。

精神科/藥物依賴（包括酗酒和物質濫用）

UnitedHealthcare Community Plan 與 Optum Behavioral Health 合作，以提供心理健康和藥物依賴服務，包括酒精和物質濫用服務。Optum 將與 UnitedHealthcare Community Plan 合作，以確保您得到您所需要的服務。您或您的護理服務提供者可隨時撥打 Optum Behavioral Health 的電話：1-888-291-2506 以尋求幫助。

- 所有住院精神科/藥物依賴服務（包括酗酒和物質濫用）
- 大多數的門診心理健康服務（詳情請聯繫本計劃）。
- 接受 SSI 或經過認證失明或殘疾的 Medicaid 接受者可使用他們的 Medicaid 卡，從任何 Medicaid 護理服務提供者獲得心理衛生和化學藥品依賴（包括酒精和藥物濫用）服務。然而，戒毒服務，是 UnitedHealthcare Community Plan 所承保的一項福利。

專科護理

包括其他從業人員的服務，包括：

- 職業、物理和語言治療師 — 每次療程**限制**在二十 (20) 次就診，但下列情況除外：21 歲以下的子女、您被發展型身心障礙人士辦事處判定為發展型身心障礙、您有創傷性腦部損傷。
- 聽力學家。
- 助產士。
- 心臟復健。
- 足病醫生，如果您是糖尿病患者。

住宅醫療機構護理護理（養老院）

- 當您的醫生下令並由 UnitedHealthcare Community Plan 授權。
- 當住在養老院被 LDSS（或在紐約市為 HRA）認定是暫時的。
- 承保的養老院服務包括醫療監督，24 小時護理，日常生活協助，物理治療，職能治療，言語語言病理治療。

耐用醫療設備 (DME)

耐用醫療設備（包括下列服務）可透過任何參與計劃的 DME 供應商取得。參與計劃的 DME 供應商會列於護理服務提供者目錄；或者，您可以致電會員服務部門：**1-800-493-4647** 以取得您附近供應商的地址和電話號碼。下列項目無法透過參與計劃的藥房獲得；僅可透過參與計劃的 DME 供應商獲得。500 美元以上的耐用醫療設備需要預先授權，請致電 1-866-604-3267。

- 助聽器。
- 義肢。
- 矯正器。

物理治療、職能治療和語言治療

物理、職能和語言治療不需要預先授權。福利限制為每個工作曆年度的每種治療類型，限制為 20 次就診。這些限制不適用於未滿 21 歲、具有發展型身心障礙或有創傷性腦部損傷的投保人。

足部護理

包括由非足病醫生，合格的護理服務提供者提供的例行足部護理，當投保人的（不分年齡）的身體狀況由於存在局部疾病，受傷或有關腳的症狀帶來危害，或是作為承保服務的一個必要的組成部分，如糖尿病、潰瘍和感染的診斷和治療。

由足科醫生為未滿 21 歲之人提供的服務需要有醫師、註冊助理醫師、註冊執業護理師或有執照的助產士的轉介。由足科醫生為成人糖尿病患者提供的服務都在承保範圍內。

個案管理

UnitedHealthcare 有一個旨在協助有嚴重和複雜的醫療情況會員的特殊護理管理計劃，包括：

- HIV／愛滋病。
- 腎功能衰竭。
- 高血壓。
- 肺氣腫（COPD）。
- 糖尿病。
- 哮喘。
- 鐮狀細胞性貧血。
- 充血性心力衰竭。
- 心臟疾病。
- 血友病。
- 癌症。
- 高危險妊娠。

如果您想了解這些計劃可以如何幫助您，請在上班時間內致電個案管理處 1-866-219-5159。如果您有 ESRD 或是專業療養院的長期居民，您可能也有資格從我們的健康計劃退保。

個案管理計劃通常適用於需要幫助管理慢性疾病的會員。如果你有興趣加入一個個案管理計劃，UnitedHealthcare Community Plan 將進行評估，以決定您是否有資格獲得個案管理。只要醫療上需要，或直到您的身體狀況可以自我管理，我們會提供個案管理服務。

其他承保服務

- 法庭判令的服務。
- 協助獲得社會支助服務。
- FQHC。
- 家庭計劃
- 未滿 21 歲兒童足科醫生的服務。

您可透過 UnitedHealthcare Community Plan 或 Medicaid 卡得到的福利

對於某些服務，您可以選擇從哪裡得到護理。使用您的 UnitedHealthcare Community Plan 會員識別卡，您就可以得到這些服務。您也可以前往接受您的 Medicaid 卡的護理服務提供者。您不需主要護理提供者的轉介得到這些服務。如果您有任何疑問，請致電會員服務，免費電話 **1-800-493-4647**。

家庭計劃。

您可以去任何接受您的 Medicaid 醫療卡且提供家庭計劃服務的醫生或診所。您也可以去我們的家庭計劃服務提供者。無論哪種方式，您不需要您的主要護理提供者的轉介。

HIV 檢測和諮詢。

如果您先諮詢您的主要護理提供者，您可以從 UnitedHealthcare Community Plan 的醫生處獲得這些服務。您的主要護理提供者可以提供或安排 HIV 檢測。當這些服務是家庭計劃診療的一部分，您可以去任何接受您的 Medicaid 醫療卡且提供家庭計劃服務的醫生或診所。當這些服務是家庭計劃診療的一部分，您不需要轉介。您也可以去由國家和地方衛生部門提供的匿名諮詢檢測門診。您在這些診所不需要出示您的 Medicaid 卡。要獲取有關這些站點的詳細資訊，請撥打紐約州 HIV 諮詢熱線 1-800-872-2777 或 1-800-541-AIDS。

結核病的診斷和治療。

您可以選擇去您的主要護理提供者或郡級公共衛生機構接受診斷和/或治療。去郡級公共衛生機構不需要轉介。

交通運輸

緊急運送。

如果您需要緊急運送請撥 911。

非緊急運送。

UnitedHealthcare 希望確保您得到您所需要的醫療護理。這意味著確保您能夠去您的醫生的門診。我們提供住在 Nassau 郡和 Suffolk 郡的會員醫生門診運送服務。

第二部分 - 您的福利和相關程序

住在 Nassau 和 Suffolk 郡的會員。

我們提供住在 Nassau 或 Suffolk 郡的會員醫療約診接送服務。您應該在您的預約至少三（3）日前要求接送服務，請電 **1-800-493-4647**，所以我們可以為您安排。

- 如果您需要如小型簡易救護車或擔架運送等特殊運輸，您的主要護理提供者可能會被要求說明您需要這些形式的運輸的病情。
- 如果您需要一個服務員與您去醫生的約診，或者如果您的孩子是本計劃的會員，服務員或家長或監護人的交通也在承保範圍內。如果您的孩子需要汽車座椅或加高座椅，您必須攜帶自己的汽車座椅或加高座椅。我們不提供汽車座椅或加高座椅。

住在其他郡的會員。(Nassau and Suffolk 之外)

如果您住在紐約州的其他郡，請參閱**僅限使用 MEDICAID 卡**才能得到的**福利**以取得如何獲得非緊急運送的指示。

如果您有關於運送的問題，會員服務每天 24 小時，每週 7 天可提供關於運送需求的協助。如果您有關於運送的問題，請致電會員服務部 **1-800-493-4647**。

僅限使用 MEDICAID 卡才能得到的福利

有一些服務 UnitedHealthcare Community Plan 不提供。您可使用您的 Medicaid Benefit 卡從接受 Medicaid 的護理服務提供者獲得這些服務。

門診藥物勒戒服務。

您可以去任何提供藥物依賴門診的藥物勒戒診所。

家庭計劃。

您可以去任何提供家庭計劃的 Medicaid 醫生或診所。

非緊急運送。

如果您住在以下各郡：Albany、Broome、Bronx、Cayuga、Chautauqua、Chemung、Chenango、Clinton、Columbia、Essex、Fulton、Genesee、Herkimer、Jefferson、Kings (Brooklyn)、Lewis、Madison、Monroe、New York (Manhattan)、Niagra、Oneida、Onondaga、Ontario、Orange、Oswego、Queens、Rensselaer、Richmond (Staten Island)、Rockland、Seneca、St. Lawrence、Tioga、Ulster、Warren、Wayne、或 Westchester，您可以致電 Medical Answering Services, LLC (MAS) 或 LogistiCare Solutions 得到運送服務。各郡的電話號碼請見下表。

非緊急醫療運輸將由一般 Medicaid 承保。根據您住的郡，欲獲得非緊急運輸，您或您的主要護理提供者必須致電 Medical Answering Services, LLC (MAS) 或 LogistiCare Solutions。各郡的電話號碼請見下表。

如果可能的話，您或您的主要護理提供者應該在您的預約至少三（3）個工作日前致電該區域交通運輸公司，並提供您的 Medicaid 識別號碼（例如 AB12345C）、預約的日期和時間、您要去的地址和醫生的姓名。非緊急醫療運輸，包括：個人車輛、公車、計程車、小型簡易救護車和大眾運輸。

第二部分 - 您的福利和相關程序

聯絡電話	郡	誰提供交通運輸
855-360-3549	Albany 郡	Medical Answering Service – MAS
877-564-5922	Bronx 郡	LogistiCare Solutions
855-852-3294	Broome 郡	Medical Answering Service – MAS
866-320-5655	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
866-753-4442	Essex 郡	Medical Answering Service – MAS
855-360-3550	Fulton 郡	Medical Answering Services – MAS
855-733-9404	Genesee 郡	Medical Answering Service – MAS
866-753-4524	Herkimer 郡	Medical Answering Service – MAS
866-558-0757	Jefferson 郡	Medical Answering Service – MAS
877-564-5922	Kings 郡 (Brooklyn)	LogistiCare Solutions
800-430-6681	Lewis 郡	Medical Answering Service – MAS
855-852-3286	Madison 郡	Medical Answering Service – MAS
866-932-7740	Monroe 郡	Medical Answering Service – MAS
877-564-5922	Nassau 郡	LogistiCare Solutions
877-564-5922	New York 郡	LogistiCare Solutions

聯絡電話	郡	誰提供交通運輸
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
877-564-5922	Queens 郡	LogistiCare Solutions
855-852-3293	Rensselaer 郡	Medical Answering Service – MAS
877-564-5922	Richmond 郡 (Staten Island)	LogistiCare Solutions
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
877-564-5922	Suffolk 郡	LogistiCare Solutions
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

緊急運送。

您獲得緊急交通的方式不變。如果您有緊急情況需要救護車，請撥 911。

第二部分 - 您的福利和相關程序

精神健康。

- 密集式精神病康復治療。
- 日間治療。
- 密集式個案管理
- 部分醫院護理。
- 對這些社區收容所或家庭為基礎治療提供的復健服務。
- 對被診斷有嚴重情緒擾動（SED）的兒童在由州政府精神健康辦公室認證的心理健康診所提供門診服務。
- 持續的日間治療。
- 如使用 Medicaid 醫療卡，所有承保的精神健康服務均適用於接受 SSI 或經過認證失明的人或殘疾的人。

智能不足和發展型身心障礙。

- 長期治療。
- 日間治療。
- 收容服務。
- Medicaid服務協調（MSC）計劃。
- Home and Community Based Services Waiver 計劃提供的服務。
- Medical Model (Care-at-Home) Waiver 服務。

酒精和藥物濫用服務。

- 美沙酮治療。
- 在藥物賴診所的藥物濫用治療門診。
- 在藥物賴診所的酒精復健門診。
- 酒精診所門診服務。
- 藥物依賴青少年門診計劃。
- LDSS 指定的藥物依賴（包括酗酒和藥物濫用）服務。
- 如使用 Medicaid 醫療卡，所有承保範圍內酒精和藥物濫用服務（除了解毒）均適用於接受 SSI 或經過認證失明的人或殘疾的人。使用您的 UnitedHealthcare Community Plan 識別卡可以使用戒毒服務。

其他Medicaid服務。

- 學前和學校服務計劃（早期干預）。
- 提早開始計劃。

非承保服務

這些服務不在 UnitedHealthcare Community Plan 或 Medicaid 承保範圍內。如果你使用任何這些服務，您可能需要支付其賬單。

- 如果不是醫療需要的整容手術。
- 足科醫生的服務（21 歲及以上的人，除非您是糖尿病患者）。
- 若無病理狀況，日常雙腳衛生護理，雞眼和老繭治療，指甲修剪，和其他衛生護理，如雙腳清洗或浸泡，是不在承保範圍內的。
- 個人和舒適性的物品。
- 不孕症治療。
- 從非 UnitedHealthcare Community Plan 的護理服務提供者得到的服務是不在承保範圍內的，除非 UnitedHealthcare 預先授權您約見該護理服務提供者，或者按本手冊其他部份所述，該護理服務提供者是您可以約見的。
- 需要轉介（預先核准），但您沒有得到轉介的服務。
- 脊椎按摩治療（些 21 歲和以上）。
- 移民檢查和免疫。
- 在美國境外提供的服務。
- 除了在本手冊在第二部分定義的醫療緊急情況，我們不承保計劃的服務區外的服務。在美國，加拿大，波多黎各，美屬維爾京群島，關島，北馬里亞納群島，美屬薩摩亞和美國領海的美國領土接受的急診和緊急護理均在承保範圍內。

您可能需要負擔您的主要護理提供者不批准的任何服務。此外，如果接受服務之前，您同意成為「私人付費」或「自費」的患者，您將必須支付其費用。包括：

- 非承保服務（如上列），
- 未授權的服務，
- 由不是 UnitedHealthcare Community Plan 網絡內的護理服務提供者提供的服務。

如果您有任何疑問，請致電會員服務部 **1-800-493-4647**。

服務授權和行動

預先授權。

某些治療和服務您需要先得到核准，才能接受或繼續接受。這叫做**預先授權**。您或一個您信任的人可以提出此要求。下列治療和服務在您得到之前必須經過批准：

- 入住住院設施（例如：醫院，除了生產）。
- 家庭護理服務。
- 個人護理服務
- 超過 500 美元的耐用醫療設備 (DME)。
- 不論價錢，所有電動輪椅。
- 局部氧氣申請。
- 超過 500 美元的義肢和裝具設備。
- 美容和重建手術。
- 胃繞道評估和手術。
- 臨終關懷服務，住院和門診。
- 高級放射科服務，包括 MRI，MRA 和 PET 掃描。
- 意外牙科服務。
- 實驗或研究醫療護理服務。
- 網絡外或外州的服務。
- 要求使用非參與本計劃的護理服務提供者。
- 精神科或物質濫用服務。
- 移植評估和登記。
- 勃起功能障礙治療，藥物療法，裝置和/或外科手術。
- 醫療注射劑包括 IVIG，肉毒桿菌，Acthar HP 和 Makena。
- 門診病人的私人護理。
- 超過 6 歲會員的睡眠研究，住院和/或門診。

要求核准一項治療或服務被稱為**服務授權要求**。為獲得這些治療或服務的核准，您的醫生或醫療提供者必須致電 UnitedHealthcare 的預先授權部門 1-866-604-3267，或者您的醫生或醫療提供者可以提出書面或傳真申請 1-800-771-7507。醫生或醫療提供者的書面申請可寄至：

UnitedHealthcare Community Plan of New York
14141 SW Freeway, 6th Floor
Sugar Land, TX 77478

如果您已得到這些服務，但需要繼續或得到更多的護理，您仍需要得到預先授權。這包括當您還在醫院，或者剛剛出院後的家庭健康護理要求。這稱為**同步審查**。

如同您已經得到此服務，但需要繼續或得到更多的護理（同步審查）服務，住院後的家庭健康護理（HHC），是以同樣的方式評估及決定。

你們收到我的服務授權請求之後會怎麼處理？

健康計劃設有審查小組，確保您能取得我們承諾的服務。審查小組有醫生和護士。他們的工作是確保您要求的治療或服務，是醫療上必須的並且是適合您的。他們對照醫學上可接受的標準查看您的治療計劃以做決定。

任何拒絕服務授權請求或核准低於要求的額度的決定被稱為**行動**。這些決定將由一名合格的衛生保健專業人士做出。如果我們決定所申請的服務不是醫療必要時，此決定將由臨床專業人士審核，此人可能是醫生或是一個提供您所要求的服務的保健護理專業人士。您或一個您信任的人可以要求被告知此特定的醫療標準，此為**臨床審查標準**，用來做有關醫療需要行動的決定。

我們得到您的要求之後，會用**標準或快速**流程審閱。您或您的醫生可以要求快速流程審核，如果延遲將會嚴重傷害您的健康。如果您快速流程審核的要求被拒絕，我們會告訴您，且您的個案將以標準審查程序進行處理。如果我們收到了家庭保健的要求時，您是在醫院或剛離開醫院，我們將快速審核您的請求。在所有情況下，我們將根據您的健康狀況的需求儘快審查您的要求，但不得遲於如下所述。

我們會用電話和書面方式通知您和您的主要護理提供者您的申請被批准或拒絕。我們也會告訴您此決定的原因。如果您不同意我們的決定，我們會解釋您可以採取上訴或公平聽證會的選擇。

第二部分 - 您的福利和相關程序

預先授權要求時間表：

- **標準審核：**在我們收到您的申請及所有我們需要的資訊後 3 個工作日內，我們會對您的要求做出決定，但我們會在 14 天內與您聯絡。我們會在 14 天內告訴您我們是否需要更多的資訊。
- **快速流程審核：**我們會做出決定，並在 3 天內與您聯絡。我們會在第三個工作日前告訴您我們是否需要更多的資訊。

同步審查時間表：

- **標準審核：**在我們收到所有我們需要的資訊後 1 個工作日內，我們會對您的要求做出決定，但我們會在收到您的申請 14 天內與您聯絡。我們會在 14 天內告訴您我們是否需要更多的資訊。
- **快速流程審核：**我們會在收到所有我們需要的資訊後 1 個工作日內做出決定。

然而，如果您是在醫院或剛剛出院，且您在週五或節日前提出家庭護理的要求，我們會在收到所有我們需要的資訊後 72 小時內做出決定。在所有情況下，我們會在收到您的申請 3 個工作日內與您聯絡。我們會在第三個工作日前告訴您我們是否需要更多的資訊。我們會用電話和書面方式通知您我們的決定。

如果我們需要更多的資訊來對您的標準或快速流程的服務請求做出決定，我們會：

- 書面通知您我們需要的資訊。如果您的請求正在接受快速流程審核，我們會打電話給您並發出書面通知。
- 告訴您為什麼延遲對您有利。
- 我們會在要求更多資訊後 14 天內做出決定。

您，您的主要護理提供者，或一個您信任的人可以要求我們用更多的時間來做出決定。這可能是因為您有更多的資訊給我們來幫助決定您的個案。您可以致電 **1-800-493-4647**，或傳真至 1-800-771-7507。醫師或醫療保健提供者的書面請求可以寄到：

UnitedHealthcare Community Plan of New York
14141 SW Freeway, 6th Floor
Sugar Land, TX 77478

如果您不同意我們需要更多時間來審查您的要求的決定，您或一個您信任的人可以提出申訴。您或您所信任的對象也可以致電 1-800-206-8125 向紐約州衛生部門投訴。

我們將在審查到期日前通知您。但是，如果由於某些原因您沒有在審查到期日前收到我們的消息，這可視為我們拒絕了您的預先授權要求。如果您對這個答案不滿意，您有權提起上訴。更多資訊，請參閱本手冊中「對行動提出上訴」一節。

其他關於您的護理的決定。

有時候，我們會對您正在接受的護理進行同步審查以決定您是否仍然需要此護理。我們也可能審核您已經接受過的其他治療和服務。這稱為**回顧性審核**。如果我們採取其他行動，我們會告訴你。

其他行動通知時間表：

- 在大多數情況下，如果我們決定減少，暫停或終止一項我們已經批准且您正在使用的服務，我們必須在我們更改服務至少 10 天之前告訴你。
- 如果我們正在查看您之前得到的服務，我們會在收到必要的資訊的 30 天內對此回顧性審核做出決定。如果我們拒絕支付一項服務，我們會在拒絕付款當天向您和您的主要護理提供者發出通知。你將不必支付任何本計劃或 Medicaid 所承保的護理，即使我們後來拒絕付費給護理服務提供者。

我們如何付費給護理服務提供者

您有權利問我們是否與我們的醫生有任何可能會影響您使用醫療服務的特別的財務安排。您可以致電會員服務 **1-800-493-4647** 如果你有任何具體疑問。我們也希望您知道，我們以下列一種或多種方式付費給我們的護理服務提供者。

- 如果我們的護理提供者在診所或醫療中心工作，他們應該是得到**固定的薪水**。他們所看病人的數目對此沒有影響。
- 有自己診所的主要護理提供者，我們會為每一個以他們為主要護理提供者的病人付給他們固定的費用。該費用保持不變，無論病人需要一次或多次門診 - 甚至根本沒有。這稱為**人頭費**。
- 有時候我們會為主要護理提供者病人名單上的每個病人支付一份固定的費用，但一部分錢（也許 10%），會被扣下作為**獎勵基金**。在年底時，該基金用於獎勵達到標準的主要護理提供者，他們會得到本計劃設定的額外的報酬。
- 護理服務提供者也可經由**有償服務**得到報酬。這表示他們每次提供服務便可獲得與本計劃商定的費用。

您可以協助制定此計劃的政策

我們重視您的想法。您可以幫助我們制定服務我們會員最佳的政策。如果您有任何想法，請告訴我們。也許您想與我們的會員顧問會或委員會合作。致電會員服務部 **1-800-493-4647** 了解您可以如何幫忙。

會員服務可提供的資訊

這是您可以經由致電會員服務部 **1-800-493-4647** 得到的資訊。

- UnitedHealthcare Community Plan 董事會，管理人員，董事，控管組織，業主及合作夥伴的姓名，地址和職稱的清單。
- 最近的財務報表/資產負債表，收入和支出摘要的副本。
- 最近一次個人直接付費訂戶合同的副本。
- 由金融服務部提供的關於消費者投訴 UnitedHealthcare Community Plan 的資訊。
- 我們如何保持您的醫療記錄和會員資訊的私密性。
- 我們會以書面形式告訴您 UnitedHealthcare Community Plan 如何檢驗提供給我們會員的護理品質。
- 我們將告訴您我們的健康護理提供者與哪些醫院合作。
- 如果您以書面提出要求，我們會告訴您 UnitedHealthcare Community Plan 用來審查承保情況或疾病的準則。
- 如果您以書面提出要求，我們會告訴您需要的資格，以及醫療護理提供者如何可以申請成為 UnitedHealthcare Community Plan 的一員。
- 如果您問，我們會告訴您：1) 我們的合同或轉包合同是否包括會影響使用轉介服務的醫師獎勵計劃，並且，如果是這樣，2) 獎勵計劃的類型；及 3) 是否為醫生和醫生團體提供止損保護。
- 我們的公司的組織及如何運作的資訊。

請將所有書面要求寄到：

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

通知我們

每當您的生活發生這些變化，請致電會員服務：

- 您更改您的姓名，地址或電話號碼。
- 您的Medicaid資格有所改變。
- 您懷孕了。
- 您生產了。
- 您或您的孩子的保險有所改變。

如果您有地址，電話號碼變更，或您搬到紐約州以外，您必須通知當地社會服務部門或紐約市人力資源管理局這些改變。您可能被要求造訪當地的 DSS 或紐約市 HRA 辦公室，出示您的新地址的證明。Medicaid 保持您的人口統計資訊，您立即通知這些改變是很重要的，這可確保您收到如福利改變和/或您的續約形式等重要的資訊。

退保和轉保

當您加入 Medicaid 健康計劃

你可以試用 90 天。在這段時間內，您可以隨時離開 UnitedHealthcare Community Plan 並加入其他健康計劃。然而，如果您在頭 90 天**沒有**離開，您必須留在 UnitedHealthcare Community Plan 9 個月，**除非**您有一個很好的理由（正當理由）。

正當理由的一些例子包括：

- 我們的健康計劃不符合紐約州規定，會員因此而受到傷害。
- 您搬出我們的服務範圍。
- 您，本計劃和 LDSS（在紐約市為 HRA）都同意，退保最適合您。
- 您已經或即將豁免或被排除於管理式護理。
- 我們並未提供您可從所在地區內其他健康計劃得到的 Medicaid 管理式護理服務。
- 您需要的服務涉及我們選擇不承保的福利，另行獲得該服務會導致您健康上的風險。
- 我們未能向您提供我們與州政府的合同要求的服務。

第二部分 - 您的福利和相關程序

若您欲改變計劃。

如果您住在 Broome、Chautauqua、Herkimer、Niagara、Oneida、Rensselaer 或 Seneca 等郡，請致電當地社會服務部門的管理式護理職員。告訴他們您要移轉至其他 Medicaid Managed Care 計劃，他們就會將必要的表格寄給您。填妥表格，郵寄或帶到當地社會服務部門辦公室。您將收到該改變生效日期的通知。我們將提供您在此之前需要的護理。當地社會服務部門的電話號碼列在本手冊的前面。

若您在紐約市、Albany、Cayuga、Chemung、Chenango、Clinton、Columbia、Essex、Fulton、Genesee、Jefferson、Lewis、Madison、Monroe、Nassau、Onondaga、Ontario、Orange、Oswego、Rockland、St. Lawrence、Suffolk、Tioga、Ulster、Warren、Wayne、或 Westchester 等郡欲變更健康計劃或退保，請致電 New York Medicaid Choice，電話是 1-800-505-5678。New York Medicaid-Choice 諮詢員可以幫助你改變健康計劃。

您可能可以透過電話轉到另一個計劃。除非您被排除或豁免於管理式護理，否則您將必須選擇其他保健計劃。

取決於您的申請收到的時間，可能需要二至六週的時間處理。您將收到該改變生效日期的通知。UnitedHealthcare Community Plan 將提供您在此之前需要的護理。

如果您相信常規程序的時間會對您的健康造成額外的傷害，您可以要求更迅速的行動。如果您不同意入保且曾投訴，您可以要求更迅速的行動。只需致電您當地的社會服務部門或 New York Medicaid Choice 即可。

您可能會失去參加 Medicaid Managed Care 的資格。

您或您的孩子可能必須離開 UnitedHealthcare Community Plan，如果您或孩子：

- 搬離該郡或服務區；
- 變更至其他管理式護理計劃；
- 透過工作加入 HMO 或其他保險計劃；
- 進監獄；或
- 成為一家養老院的常住居民。

您的孩子可能必須離開 UnitedHealthcare Community Plan 或*轉換計劃，如果他或她：

- 加入一個肢體殘疾兒童計劃；
- 被一個有合約為當地社會服務部門提供服務的組織安置在寄養機構，包括紐約市所有在寄養機構的兒童；或
- 被當地的社會服務部門提供服務的組織安置在寄養機構，而此寄養機構不在您的孩子目前計劃的服務區域。

我們可以要求您退出 UnitedHealthcare Community Plan

您也可以失去您的 UnitedHealthcare Community Plan 的會員資格，如果您經常：

- 關於您的護照，拒絕與您的主要護理提供者合作
- 不按時就診；
- 為非緊急情況去急診室；
- 不遵守 UnitedHealthcare Community Plan 的規定；
- 不誠實填寫表單或沒有提供真實資訊（欺詐）；
- 對計劃中的成員，服務提供者和員工造成虐待或傷害；或
- 即使在我們試圖解決問題後，仍然使用一種使我們很難提供最適合您和其他成員服務的行為方式。

對行動提出上訴

某些治療和服務您需要先得到核准，才能接受或繼續接受。這叫做**預先授權**。要求核准一項治療或服務被稱為**服務授權要求**。這個過程先前在本手冊描述過。任何拒絕服務授權請求或核准低於要求的額度的決定被稱為**行動**。

如果您不滿意我們對您的護理護理決定，您可以採取一些步驟。

您的主要護理提供者可以要求重議。

如果我們決定您的服務授權要求不是醫療上必要的，或是試驗或調查性質的；且我們沒有與您的醫生討論，您的醫生可能會要求與計劃的醫務總監溝通。醫務總監將一於個工作日內與您的醫生聯絡。

您可以提起上訴：

- 如果您不滿意我們採取的行動，或我們對你服務授權要求的決定，從我們的信/通知上的日期後的 60 個工作日內您可以提起上訴。
- 您可以自己或請一個您信任的人為您提出上訴。如果您需要幫助提起上訴，您可以致電會員服務 **1-800-493-4647**。
- 我們不會因為你提起上訴而對您有任何不同或不妥。
- 該上訴可以經由電話或書面形式提出。如果您用電話提出上訴，必須隨後補上書面文件。您送給我們的書面上訴必須有您的簽名。您或您的指定代理人必須簽署該書面的上訴。

第二部分 - 您的福利和相關程序

如果您因為聽力或視力障礙需要我們的幫助，或者如果您需要翻譯服務，或幫助填寫表格，我們可以幫助您。

請將所有書面上訴寄到：

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

你的上訴將以快速流程審核如果：

- 如果您或您的醫生要求以快速流程審核您的上訴。您的醫生必須解釋延遲會對您的健康造成怎樣的危害。如果快速流程的要求被拒絕，我們會通知您且您的上訴將根據標準流程進行審查；或
- 如果您要求繼續接受現在得到的護理，或需要延長已經提供的服務，而您的請求被拒絕；或
- 如果您在出院後要求家庭護理，而您的請求被拒絕。

快速流程上訴可以由電話提出且無需補交書面申請。

你們收到我的上訴之後會怎麼處理？

- 我們會在 15 天之內寄送給您一封信，讓您知道，我們正在處理您的上訴。
- 關於臨床問題的上訴，將由合格的衛生保健專業人士決定，他們不會是做出第一個決定的人，且其中至少一位審核者會是臨床同業。
- 非臨床決定將由層級高於做第一個決定者的人處理。
- 在上訴之前和期間，您或您指定代理人可以看您的個案文件，包括醫療記錄和任何其他文件和用以對您的個案做出決定的記錄。
- 您也可以親自或書面提供可用以做決定的資訊。如果您不確定提供什麼樣的資訊給我們，致電會員服務部 **1-800-493-4647**。
- 如果我們決定您要求的服務與我們網絡提供的服務並無不同，而您對這一決定提出上訴，請您的醫生發寄送給我們：
 1. 一份書面聲明說明您要求的服務與我們的網絡有的服務不同;和
 2. 兩份醫學證據（發表的文章或科學研究），顯示您要求的服務您要的對您較好，並且不會比我們網絡中有的服務導致您更多的傷害。

- 我們會告訴您該決定的原因和我們的臨床依據，如果適用的話。如果您仍不滿意，我們會向您說明進一步上訴的權利；或者，您或您所信任的對象可以向紐約州衛生部門投訴 1-800-206-8125。

上訴時間表：

- **標準上訴：**如果我們有所有我們需要的資訊，我們會在您上訴三十（30）天內通知您我們的決定。該決定的書面通知，將在我們做出決定後 2 個工作日內寄發。
- **快速流程上訴：**如果我們有所有我們需要的資訊，快速流程上訴的裁決將在訴上訴後 2 個工作日內做出。如果我們需要更多的資訊，我們會在您提出上訴後 3 個工作日內告訴您。我們會先用電話通知您我們的決定，然後再發出書面通知。

決定如果我們需要更多的資訊以對您的標準或快速流程上訴做出我們會：

- 寫信給您，告訴您所需要的資訊。如果您的請求正在接受快速流程審核，我們會打電話給您並發出書面通知。
- 告訴您為什麼延遲對你有利。
- 我們會在要求更多資訊 14 天內做出決定。

您，您的主要護理提供者，或一個您信任的人可以要求我們用更多的時間來做出決定。這可能是因為您有更多的資訊可以給本計劃來幫助決定您的個案。這可以經由撥打免費電話 **1-800-493-4647** 或以書面形式進行。請將書面要求寄到：

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要更多時間來審查您的上訴的決定，您或一個您信任的人可以提出申訴。您或您所信任的對象可以致電會員服務部門，電話是 **1-800-493-4647**，向健康計劃投訴（聽障者請撥 711 以使用 TDD Relay Service。），或致電 1-800-206-8125 向紐約州衛生部門投訴。

如果原先的否決是因為我們說：

- 這項服務非醫療上必要；**或**
- 這項服務是試驗或調查性質的；**或**
- 這項網絡外的服務與我們網絡內的某項服務並無不同；而且我們不準時告訴您我們對您的上訴的決定，原先的否決將被逆轉。這表示您的服務授權要求將被批准。

第二部分 - 您的福利和相關程序

在您對護理決定上訴的同時，援助將繼續。

在某些情況下，當您在等待您的上訴的決定時，您可能可以繼續該服務。如果您要求一個公平的聽證會，您可能可以繼續已計劃結束或減少的服務：

- 在被告知，您的要求被拒絕或護理將會改變的十（10）天內；**或**
- 在服務預計變化發生的日期前。

如果您的公平的聽證會導致另一個否絕，您可能要為您持續收到的任何福利付費。公平聽證官的決定將是最終決定。

外部上訴

如果這個計劃決定拒絕承保一項您和您的醫生要求的醫療服務，因為：

- 這項服務非醫療上必要；**或**
- 這項服務是試驗或調查性質的；**或**
- 這項網絡外的服務與我們網絡內的某項服務並無不同。

您可以向紐約州提出獨立的**對外上訴**。這稱為外部上訴，因為它是由不為本健康計劃或州政府工作的人狀態審核決定。這些審核者是紐約州核准的合格人士。該服務必須是本計劃的福利之一或是一種實驗性治療，臨床試驗或罕見疾病的治療。您不必支付外部上訴的費用。

在您要求外部上訴之前:

- 您必須向本計劃提出上訴並獲得本計劃的最終的不利決定；**或**
- 如果您還沒有得到該服務，而且您向本計劃提出快速流程上訴，您可以同時要求快速的外部上訴。您的醫生會必須申明快速外部上訴是必要的；**或**
- 您和本計劃可以同意跳過本計劃的上訴程序，直接進入外部上訴；**或**
- 您可以證明這個計劃沒有按照規定正確處理您的上訴。

在您收到本計劃的最終不利決定後，您有 4 個月提出外部上訴。如果您和本計劃同意跳過本計劃的上訴程序，那麼您必須在達成協議 4 個月內提出外部上訴。

如果您曾提出快速流程上訴，但並不滿意本計劃的決定，您可以選擇向本計劃提出標準流程上訴或要求外部上訴。如果您選擇向本計劃提出標準流程上訴，本計劃堅持其決定，您將收到一個新的最終不利決定，並有機會再次要求外部上訴。

如果您想，您可能向本計劃提出其他上訴的機會。但是，如果您想要提出外部上訴，您仍然必須在本計劃做出最終不利決定的通知或當您和本計劃商定放棄本計劃的上訴程序後 4 個月內向紐約州金融服務部門提出外部上訴。

如果您不準時申請外部上訴，您將會失去外部上訴的權利。

欲要求外部上訴，填寫一份申請表，並將其寄到金融服務部。如果您需要協助提出上訴，請撥打 **1-800-493-4647** 聯繫會員服務。您和您的醫生必須給予有關您的醫療問題的資訊。外部上訴申請表上有上訴所需的資訊。

如何取得申請表：

- 致電金融服務部，1-800-400-8882。
- 前往金融服務部的網站 www.dfs.ny.gov。
- 致電本健康計劃 **1-800-493-4647**。

外部上訴在 30 天內會有決定。如果外部上訴審核者要求更多資訊，可能需要更多的時間（最多五（5）個工作日內）。您與本計劃會在決定做出後兩（2）日內被告知最後的決定。

你可以更快得到決定，如果：

- 您的醫生說，延遲會對您的健康造成嚴重危害；或
- 您在急診後留在醫院，而醫院護理被本計劃拒絕。

這被稱為**快速外部上訴**。外部上訴審核者將在 72 小時以內對快速外部上訴做出決定。審核者會立即藉由電話或傳真告訴您和本計劃該決定。然後，您會收到一封信告訴您該決定。

如果這個計劃決定拒絕，減少或終止某項承保的醫療服務，您也可以要求一個公平的聽證會。您可以要求一個公平的聽證會，並要求外部上訴。如果您可以要求一個公平的聽證會及外部上訴，以公平聽證官的決定為準。

公平聽證會

在某些情況下，您可能會向紐約州要求公平聽證會。

- 您不滿意當地社會服務部門或紐約州衛生部門做的有關您留在或離開 UnitedHealthcare Community Plan 的決定。
- 您不滿意我們做的有關您醫療護理的決定。您覺得該決定限制了您的 Medicaid 福利或者說我們沒有在一個合理的時間內做出決定。
- 我們的決定拒絕了您想要的醫療護理。您覺得該決定限制了您 Medicaid 的福利。
- 您不滿意您的醫生不願訂您想要的服務的決定。您覺得醫生的決定停止或限制了您 Medicaid 的福利。您必須向 UnitedHealthcare Community Plan 提出申訴。如果 UnitedHealthcare Community Plan 贊同您的醫生，您可以向州要求公平的聽證會。
- 公平聽證會官的決定將是最終決定。

如果您現在正在使用的服務預期要結束，在您等待您的個案的決定時，您可以選擇要求繼續這項您的醫生下令的服務但是，如果您選擇要求繼續該服務，而公平聽證會決定對您不利，您可能要付在等待決定期間該服務的費用。

您可以使用下方式來要求公平聽證會：

1. 撥打免費電話 1-800-342-3334
2. 傳真至 518-473-6735
3. 網際網路：www.otda.ny.gov/oah/form-request.pdf
4. 郵寄：
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

記住，您隨時可以致電 1-800-206-8125 向紐約州的衛生部門投訴。

申訴流程

申訴。

我們希望您很滿意我們的健康計劃。如果您有問題，請諮詢您的主要護理提供者，或打電話或寫信會員服務。大多數問題可以馬上解決。如果您對您的護理或服務有問題或異議，您可向本計劃投訴。未在電話中馬上解決的問題及郵寄的投訴將按照下述我們的投訴程序進行處理。

您可以要求一個您信任的人（如法定代表人、家人或朋友）為您提交投訴。如果您因為聽力或視力障礙需要我們的幫助，或者如果您需要翻譯服務，或幫助填寫表格，我們可以幫助你。我們不會因您申訴而採取任何對您不利的行動。

您也有權利為了您的投訴與紐約州的衛生部門聯繫 1-800-206-8125 或寫信至：

NYS Department of Health
Division of Managed Care
Bureau of Managed Care Certification and Surveillance
ESP Corning Tower, Room 2019
Albany, NY 12237

您也可以為了您的投訴隨時與當地社會服務部門聯繫。如果您的投訴涉及計費問題，您可以致電紐約州金融服務部門1-800-342-3736。

如何向計劃投訴。

要經由電話投訴，請致電會員服務免費電話 **1-800-493-4647**，每天24小時，每週7天。如果我們需要更多的資訊來做出決定，我們會告訴您。

您可以寫信給我們投訴或致電會員服務號碼以要求投訴表格。應郵寄到：

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

第二部分 - 您的福利和相關程序

接下來該怎麼做。

如果我們沒有在電話中或接到您的書面投訴後馬上解決這個問題，我們會在 15 個工作日內發信給您。這封信會告訴您：

- 誰在處理您的投訴。
- 如何聯繫該人。
- 我們是否需要更多的資訊。

您的投訴會由一個或多個合格的人士進行審查。如果您的投訴涉及到臨床事項，您的個案將由一個或多個合格的衛生保健專業人員進行審查。

在我們審查您的投訴之後。

- 我們會在收到所有我們需要的資訊後 45 天內通知您我們的決定，但我們會在收到您的投訴的 60 天內與您聯絡。我們以書面通知您，並告訴您我們的決定的原因。
- 當延遲會對您的健康造成危害，我們會在收到所有我們需要的資訊後 48 小時內通知您我們的決定，但我們會在收到您的投訴的 7 天內與您聯絡。我們會打電話給您，或設法與您聯絡，告訴您我們的決定。在 3 個工作日內您會收到一封後續溝通的信。
- 您會被告知，如果您不滿意，如何上訴我們的決定，我們會附上任何您可能需要的表格。
- 如果因為我們沒有足夠的資訊，而無法對您的申訴做出決定，我們會以書面通知您。

申訴上訴

如果您不同意我們對你們的投訴做出的決定，您或一個您信任的人可以向本計劃提出**投訴上訴**。

如何進行投訴上訴。

- 如果您不滿意我們的決定，自我們與您聯絡起，您有至少 60 個工作日提出上訴。
- 您可以自己或請一個您信任的人為您提出上訴。

- 上訴必須以書面形式提出。如果您用電話提出上訴，必須隨後補上書面文件。在您來電後，我們您電話上訴會寄送您一份表格，此為您電話上訴的摘要。如果您同意我們的摘要，您必須簽名並交回給我們。在您將表格交回給我們之前，您可以做必要的更改。請將所有書面通訊寄到：

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

你們收到我的申訴上訴之後會怎麼處理？

我們收到您的申訴上訴後，會在 15 個工作日內發信通知您。這封信會告訴您：

- 誰在處理您的投訴上訴。
- 關於您的申訴上訴，如何與UnitedHealthcare聯繫。
- 我們是否需要更多的資訊。

您的申訴上訴將由一或多個較具資格且層級高於做第一個決定者的人審核。如果您的投訴上訴涉及的臨床事項，您的個案將由臨床專業人士審核，其中至少一位審核者會是臨床同業，且不是對您的投訴做出第一個決定的人。

若延遲會對您的健康造成危害，我們會在收到所有我們需要的資訊後 2 個工作日內告知我們的決定。對於其他所有申訴上訴，我們將於 30 天內告知我們的決定。我們會告訴您該決定的原因和我們的臨床依據，如果適用的話。如果您仍不滿意，您或您的代理人可隨時向紐約州衛生部門投訴 1-800-206-8125；或者您可以寫信至：

NYS Department of Health
Division of Managed Care
Bureau of Managed Care Certification and Surveillance
Room 2019, Corning Tower ESP
Albany, NY 12237

會員權利與責任

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、婚姻狀況或性取向均受到護理與尊重。
- 被告知您在何處，何時以及如何從 UnitedHealthcare Community Plan 取得所需要的服務。
- 獲取關於 UnitedHealthcare、其服務、我們的開業醫生與提供者以及會員權利與責任的資訊。
- 被您的主要護理提供者用您的語言告知您的健康問題，處理方法和可能的結果。
- 徵求有關您的護理的第二意見。
- 同意接受已經完全向您解釋的治療或計劃。
- 針對您的病情，坦誠討論適當的或醫療上必要的治療計劃，無論費用或承保與否。
- 被告知拒絕醫療護理的風險。
- 獲取您的醫療記錄的副本，並與您的主要護理提供者討論，並在必要時修改或更正您的醫療記錄。
- 確保您的醫療記錄的私密性，除非根據法律，合同規定，或有您的同意，不得與任何人分享。
- 使用 UnitedHealthcare Community Plan 申訴制度來解決任何申訴，或者任何時候您覺得您受到不公平的對待，都可以向紐約州衛生部門或當地社會服務部門投訴。
- 使用州政府聽證會制度。
- 使用 UnitedHealthcare 的上訴制度來解決任何上訴。
- 委任某人（親戚，朋友，律師等）為您發言，如果您無法為自己的護理和治療發言。
- 在無不必要的限制，清潔而安全的環境中接受體貼和尊重的照顧。
- 提供關於該組織成員的權利和責任等政策的建議。

您的責任。

作為 UnitedHealthcare Community Plan 的會員，您同意：

- 與您的主要護理提供者一同守護和改善您的健康，包括遵循您已同意的您的護理計劃和指示。盡力了解您的健康問題，並儘可能地參與達到彼此商定的治療目標。
- 提供本組織及其從業人員和服務提供者需要的資訊，以便提供護理。
- 了解您的健康護理系統如何運作。
- 聆聽您的主要護理提供者的建議並在有疑問時提出問題。
- 如果您的狀況沒有起色，致電或回去看您的主要護理提供者，或徵求第二意見。
- 用您期待他人給您的尊重對待醫護人員。
- 如果您對任何醫護人員有不滿請告訴我們。致電會員服務。
- 按時就診。如果您必須取消約診，請儘早告知。
- 只有當您真的有緊急情況才使用急診室。
- 當您需要醫療服務，即使是下班後，打電話給您的主要護理提供者。

如果您收到帳單

UnitedHealthcare 為您提供免費的全方位的醫療服務。您不必須付任何費用給您的主要護理提供者或任何其他參與 UnitedHealthcare 的服務提供者。當您從 UnitedHealthcare Community Plan 服務提供者得到任何核准的服務，您不應該被要求負擔任何費用。如果您被要求為由 UnitedHealthcare Community Plan 服務提供者的服務付費，請提醒該辦公室您有 UnitedHealthcare 保險並出示您的 UnitedHealthcare Community Plan 會員識別卡。您也可以致電會員服務 **1-800-493-4647** 尋求幫助。

您可能會被要求支付 Medicaid 或 UnitedHealthcare 未承保的服務的費用。您不能為這些服務被收費，除非您在事前了解並同意為此服務付費。

如果您收到醫療帳單，請致電會員服務部：**1-800-493-4647**，我們的代表會幫助您釐清問題。多數帳單應該包括帳單服務電話號碼，您可打去給他們您的 UnitedHealthcare Community Plan 會員識別號碼，並要求他們將帳單送給 UnitedHealthcare。

如果你被要求支付某項服務，但不確定它是否被，付費前請致電會員服務 **1-800-493-4647**。

若欲報銷已付的帳單，請致電會員服務部 **1-800-493-4647**，我們的代表會幫助您。

預先指示

也許有一天，您會無法決定自己的健康護理。經由事先規劃，您現在就可以安排，所以日後可以照您的意願來進行。首先，讓家人、朋友和您的醫生知道您想要或不想要什麼樣的治療。其次，您可以指定一位您信任的成年人為您做決定。請務必告訴您的主要護理提供者，您的家人或其他您親近的人，所以他們知道您想要什麼。第三，最好您把您的想法寫下來。下列文件可以有所幫助。不必使用律師，但您可能希望跟一個律師談一談。您可以隨時改變您的想法和這些文件。我們可以幫助您理解或獲得這些文件。他們不改變您獲得優質醫療護理福利的權利。唯一的目的是在您不能為自己發言時，讓他人知道您想要什麼。

- **健康護理代理** - 使用這個文件，您指派一位您信任的成年人（通常是朋友或家庭成員），在您無行為能力時，幫您做有關醫療護理的決定。如果您這樣做，您應該與此人談談，讓他們知道您想要什麼。
- **CPR 和 DNR** - 您有權決定在您的呼吸或循環停止時是否想要任何特殊或緊急治療使您的心臟或肺恢復功能。如果您不想要特殊治療，包括心肺復甦術（CPR），您應該將您的意願寫下來。您的主要護理提供者會為您的醫療記錄提供 DNR（不施行心肺復甦術同意書）。您也可以得到一份隨身攜帶的 DNR 和／或佩戴手環，讓任何緊急醫療服務提供者知道您的意願。
- **器官捐贈卡** - 這個錢包大小的卡片告訴別人，當您死時，您願意捐出自己的身體部位來幫助別人。此外，勾選駕駛執照的背面，讓別人知道您是否和要如何捐贈您的器官。

隱私通知

健康計劃的隱私實務通知

此通知陳述了關於您的**醫療資訊**可能會如何使用和共享。其陳述了您如何取得此資訊。請仔細閱讀。

生效日期 2013 年 9 月 23 日

我們¹ 依據法律必須保護您的健康資訊 (health information, HI) 隱私。我們必須將此通知寄送給您，它會告知您以下內容：

- 我們可能如何使用您的 HI。
- 我們何時能夠與他人共享您的 HI。
- 您對於您的 HI 擁有哪些權利。

我們依據聯邦和州法律必須遵循該通知的條款。

本通知內的「健康資訊」（或 HI）是指可用來識別您身分的資訊，而且必須與您的健康或健康護理服務有關。我們有權更改我們的隱私實務。如果我們更改政策，在下一次年度通訊，我們將寄給您一份通知或以電子郵件的形式發給您一份通知（如果法律允許的話）。我們會在健康計劃網站 MyUHC.com/CommunityPlan 發布通知。我們有權將已更改通知應用於我們現有的 HI 和未來資訊。我們將遵循法律並為您提供關於違背您的 HI 的通知。

我們會收集和保存您的 HI，以便我們能夠運營業務。HI 的形式包括口頭、書面或電子。我們會限制管理您的承保範圍和提供服務之員工以及服務提供者對您的所有類型 HI 的使用權限。我們會根據聯邦標準提供物理、電子和程序保障措施，以保護您的 HI。

我們如何使用或分享資訊

下列對象要求時，我們必須使用和分享您的 HI：

- 您或您的法定代理人。
- Secretary of the Department of Health and Human Services 以確保您的隱私受到保護。

我們有權使用和共享 HI。這必須用於您的治療、支付護理費用以及我們運營業務。例如，我們可以針對以下目的使用和共享它：

- **用於付費**。這也可包括協調賠償金。例如，我們可以告訴醫生您是否有承保資格以及可承保帳單的多少金額。
- **用於治療或管理護理**。例如，我們可以與提供者共享您的 HI，以便協助其為您提供護理。

第二部分 - 您的福利和相關程序

- **用於與護理相關的健康護理工作。**例如，我們可能提出疾病管理或健康計劃。我們可以研究數據以瞭解如何改進我們的服務。
- **向您介紹健康計劃或產品。**可以是其他治療或產品及服務。這些活動可能受到法律限制。
- **供計劃贊助人使用。**我們可以向雇主計劃發起人提供加入、退出及匯總 HI。若他們同意按照聯邦法律限制 HI 使用，我們即可向其提供其他 HI。
- **用於核保目的。**我們可能會使用您的 HI 做出承保決定，但我們不會將您的遺傳 HI 用於承保目的。
- **有關福利或護理的提醒。**如預約提醒。

我們可能會在下列情況使用或分享您的 HI：

- **按照法律的要求。**
- **與您的護理相關的人共享。**可以是一位家庭成員。如果您無法同意或反對，就可能發生這個情況。例如急症，或被問及這個問題時您表示同意或無法反對。如果您無法反對，我們會發揮最佳判斷。特殊規則適用於我們共享已逝者 HI 時的情況。
- **用於公共衛生活動。**這可能是為了預防疾病爆發。
- **用於報告虐待、忽視或家庭暴力。**我們僅限與法律允許的實體分享，以取得這類 HI。可以是社會或保護服務機構。
- **用於法律允許取得 HI 之機構的健康監督活動。**可以用於許可、審核以及詐騙與濫用調查。
- **用於司法或行政訴訟。**為了回應法院命令或傳票。
- **用於執法。**找到失蹤者或報案。
- **用於健康或安全威脅。**對象可能是公共衛生機構或執法機構。例如：緊急或災難情況。
- **用於政府職能。**這可能是為了軍事和退伍軍人用途、國家安全或保護服務。
- **用於勞工賠償。**遵守勞動法。
- **用於研究。**研究疾病或殘疾（在法律的許可範圍內）。
- **用於提供死者資訊。**可以是為驗屍官或法醫提供資訊。確定死者、找到死亡原因或按照法律所述要求。我們可向喪葬承辦者提供 HI。
- **用於器官移植。**協助獲取、儲存或移植器官、眼睛或組織。
- **用於懲教機構或執法機構。**適用於受羈押人員：(1) 提供健康護理；(2) 保護您與他人的健康；(3) 用於機構安全。
- **用於我們的業務夥伴，若需要為您提供服務。**我們的合夥人同意會保護您的 HI。他們不得將 HI 用於我們合約允許以外的用途。

- **其他限制。**聯邦法和州法可能會對使用和分享高度機密 HI 加諸限制，這可包括涉及以下方面的州法律：
 1. HIV／愛滋病。
 2. 精神健康。
 3. 遺傳測試。
 4. 酒精和藥物濫用。
 5. 性病 (STD) 和生殖方面的健康
 6. 兒童或成人遭虐待或疏於照顧或性侵

若更加嚴格的法律適用，我們旨在符合這些法律。附件是「聯邦和州修正案」文件。除本通知所述，我們僅會在獲取您書面同意的情況下使用您的 HI。包括取得您的書面同意才能共享關於您的心理療法記錄、向他人出售您的 HI 或在一些宣傳郵件中使用您的 HI。若您允許我們共享您的 HI，我們不保證取得此資訊者不會共享該資訊。若我們不對此採取措施，您可以撤銷同意。欲瞭解如何撤銷，請撥打識別卡背面的電話號碼。

您的權利

您享有關於以下方面內容的權利：

- 要求我們限制使用或共享治療、付費或健康護理工作資訊。您可以要求限制與家庭成員或參與護理或為護理付款的他人共享。我們可讓您的家屬申請限制。我們會盡力執行您的申請，但我們不是必須這樣做。
- 要求以另一種方式或在另一地點進行機密通訊。（例如，寄到郵政信箱而不是您家。）當資訊披露可能會危及您時，我們將同意您的申請。我們採取口頭申請的方式。您可以更改您的申請。必須採用書面形式。將其郵寄至以下地址。
- 查看或獲取我們做出關於您的決策時所使用的某些 HI 之副本。您必須以書面形式提出要求。將其郵寄至以下地址。如果我們以電子形式保管這些記錄，您有權利要求寄電子複本給您。您可以要求將您的記錄發送給第三方。我們可以將摘要寄給您。我們可能會收取副本費用。我們可能拒絕您的請求。若我們拒絕您的申請，您可以要求審核我們所做出的拒絕決議。
- 請求修正。若您認為自己的 HI 出現錯誤或不完整，您可以要求對其進行更改。您必須以書面形式提出要求。您必須提供更改原因。將其郵寄至以下地址。若我們拒絕您的申請，您可在您的 HI 上添加您的不同看法。
- 獲取您提出申請前六年中共享 HI 的報告。這不包括以下情況下的任何共享 HI：(i) 用於治療、付費和健康護理工作；(ii) 與您共享或在您的同意下共享的資訊；(iii) 與懲教機構或執法機構共享的資訊。詳盡說明不會列出聯邦法律規定我們追蹤的揭露。
- 獲取此通知的書面副本。您可隨時要求複本。即使您曾同意以電子方式獲取此通知，您也有權取得書面副本。您也可以在我们的網站 MyUHC.com/CommunityPlan 上取得副本。

第二部分 - 您的福利和相關程序

- 與您的健康計劃聯絡。請撥打 **1-800-493-4647** 聯絡會員服務部（聽力障礙人士專線 TTY: 711。）
- 提交書面申請。郵寄至以下地址：
UnitedHealthcare Government Programs Privacy Office
MN006-W800, P.O. Box 1459
Minneapolis, MN 55440
- 提出投訴。若您認為您的隱私權受到了侵犯，可向上述地址發送投訴。

您也可通知 U.S. Department of Health and Human Services (美國衛生與人群服務部) 書記官。我們不會因您申訴而採取任何對您不利的行動。

本通知說明如何使用和共享您的**財務資訊**。說明您可以如何獲得這類資訊。請仔細審閱。

生效日期 2013 年 9 月 23 日

我們²會保護您的「個人財務資訊」(「FI」)。這是指關於健康護理承保範圍內之人或申請承保之人的非健康資訊。這類資訊會透露此人身分，通常不是屬於公開性質。

我們收集的資訊。

我們會透過以下方式取得您的 FI：

- 申請書或表格。這可包括姓名、地址、年齡和社會保險號碼。
- 您與我們或他人的交易。這可能包括保費支付資料。

FI 共享。

我們不會分享關於會員或前會員的 FI，法律規定或允許時不在此列。為運營業務，我們可能會在未取得您同意的情況下與關係企業共享 FI。這是為了將支付保費這類交易告訴他們。

- 與我們的關係企業分享，包括金融服務提供者（如其他保險公司）和非金融公司（如數據處理商）。
- 為日常業務目的而分享給其他公司，如處理您的交易、維護您的帳戶或回應法庭命令和法律調查；以及
- 分享給為我們執行服務的其他公司，包括以我們的名義發送宣傳資訊。

保密性和安全性。

我們會限制管理您的承保範圍和提供服務之員工以及服務提供者對您的 FI 的存取權限。我們會根據聯邦標準提供物理、電子和程序保障措施，以保護您的 FI。

此通知的相關問題。

如果您有任何有關此通知的疑問，請致電會員服務 **1-800-493-4647**，（聽障專線 (TTY: 711)。）

¹此醫療資訊隱私實務通知適用於下列與 UnitedHealth Group 關聯的健康計劃：ACN Group of California, Inc.; All Savers Insurance Company; All Savers Life Insurance Company of California; AmeriChoice of Connecticut, Inc.; AmeriChoice of Georgia, Inc.; AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus of Maryland, Inc.; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance Company; Citrus Health Care, Inc.; Dental Benefit Providers of California, Inc.; Dental Benefit Providers of Illinois, Inc.; Evercare of Arizona, Inc.; Golden Rule Insurance Company; Health Plan of Nevada, Inc.; MAMSI Life and Health Insurance Company; MD – Individual Practice Association, Inc.; Medical Health Plans of Florida, Inc.; Medica HealthCare Plans, Inc.; Midwest Security Life Insurance Company; National Pacific Dental, Inc.; Neighborhood Health Partnership, Inc.; Nevada Pacific Dental; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Insurance, Inc.; Oxford Health Plans (CT), Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Oxford Health Plans (NY), Inc.; PacifiCare Life and Health Insurance Company; PacifiCare Life Assurance Company; PacifiCare of Arizona, Inc.; PacifiCare of Colorado, Inc.; PacifiCare of Nevada, Inc.; Physicians Health Choice of New York, Inc.; Physicians Health Choice of Texas, LLC; Preferred Partners, Inc.; Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; UHC of California; U.S. Behavioral Health Plan, California; Unimerica Insurance Company; Unimerica Life Insurance Company of New York; Unison Health Plan of Delaware, Inc.; Unison Health Plan of the Capital Area, Inc.; United Behavioral Health; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of Illinois; UnitedHealthcare Insurance Company of New York; UnitedHealthcare Insurance Company of the River Valley; UnitedHealthcare Life Insurance Company; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Arizona, Inc.; UnitedHealthcare of Arkansas, Inc.; UnitedHealthcare of Colorado, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; United HealthCare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare of Oklahoma, Inc.; UnitedHealthcare of Oregon, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Texas, Inc.; UnitedHealthcare of Utah, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.

²基於此財務資訊隱私通知，「我們」係指註腳 1 所列的實體（從健康計劃的隱私實務通知第一頁起），加上下列 UnitedHealthcare 關聯企業：AmeriChoice Health Services, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; HealthAllies, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; OneNet PPO, LLC; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physicians Choice Insurance Services, LLC; ProcessWorks, Inc.; Spectera, Inc.; UMR, Inc.; Unison Administrative Services, LLC; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc.; UnitedHealthOne Agency, Inc. 僅當法律要求時，此財務資訊隱私通知才適用。具體而言，它不適用於 (1) 由 Health Plan of Nevada Inc. 和 Sierra Health and Life Insurance Company Inc. 在內華達州提供的健康護理保險產品；或 (2) 在提供 HIPAA 所含蓋機構或健康保險產品之例外項的州中的其他 UnitedHealth Group 健康計劃。

第二部分 - 您的福利和相關程序

UNITEDHEALTH GROUP 健康計劃隱私實務通知： 聯邦和州修正案

修訂：2013 年 9 月 23 日

該通知的第一部分（第 57 – 61 頁）陳述了根據聯邦隱私規則我們可能會如何使用和共享您的健康資訊（“HI”）。其他法律可能會限制此類權利。下面的圖表：

1. 顯示遵循更加嚴格法律的類別。
2. 為您提供有關在無需您同意的情況下使用和共享您的 HI 之情況的摘要。

您的書面同意（若需要）務必符合適用的聯邦或州法律的規定。

聯邦法律摘要

酒精和藥物濫用資訊

法律允許我們僅 (1) 在一些有限的情況下使用和披露受到聯邦法律保護的酒精和藥物濫用資訊，及／或僅 (2) 向特定收件人披露上述資訊。

遺傳資訊

法律不允許我們將遺傳資訊用於承保目的。

州法律摘要

一般健康資訊

法律允許我們僅 (1) 在一些有限的情況下披露一般健康資訊，及／或 (2) 向特定收件人披露上述資訊。	CA, NE, PR, RI, VT, WA, WI
HMO 必須為參保者提供同意或拒絕披露的機會，在某些情況下例外。	KY
您能夠限制以一些電子方式披露健康資訊。	NC, NV
法律不允許我們將健康資訊用於某些目的。	CA, IA
除處於某些目的外，我們不會使用及／或披露關於某些政府補助計劃的資訊。	KY, MO, NJ, SD
處於某些目的使用或披露您的健康資訊前，我們必須遵守額外限制。	KS

處方	
法律允許我們僅 (1) 在一些有限的情況下披露處方相關資訊，及／或 (2) 向特定收件人披露上述資訊。	ID, NH, NV
傳染病	
法律允許我們僅 (1) 在一些有限的情況下披露傳染病資訊，及／或 (2) 向特定收件人披露上述資訊。	AZ, IN, KS, MI, NV, OK
性傳播疾病和生殖健康	
我們僅限在以下情況揭露性病和／或生產健康方面資訊 (1) 在一些受限情況，且／或 (2) 對象是特定收件人。	CA, FL, IN, KS, MI, MT, NJ, NV, PR, WA, WY
酒精和藥物濫用	
法律允許我們 (1) 在一些有限的情況下使用和披露酒精和藥物濫用資訊，及／或僅 (2) 向特定收件人披露上述資訊。	AR, CT, GA, KY, IL, IN, IA, LA, MN, NC, NH, OH, WA, WI
披露酒精和藥物濫用資訊可能會受到資訊主體個人的限制。	WA
遺傳資訊	
法律不允許我們在未取得您的書面同意情況下披露遺傳資訊。	CA, CO, IL, KS, KY, LA, NY, RI, TN, WY
我們僅限在以下情況揭露基因資訊 (1) 在一些受限情況，且／或 (2) 對象是特定收件人。	AK, AZ, FL, GA, IA, MD, MA, MO, NJ, NV, NH, NM, OR, RI, TX, UT, VT
限制適用於遺傳資訊的 (1) 使用及／或 (2) 保留。	FL, GA, IA, LA, MD, NM, OH, UT, VA, VT

第二部分 - 您的福利和相關程序

HIV/愛滋病	
法律允許我們僅 (1) 在一些有限的情況下披露 HIV/愛滋病相關資訊，及/或 (2) 向特定收件人披露上述資訊。	AZ, AR, CA, CT, DE, FL, GA, IA, IL, IN, KS, KY, ME, MI, MO, MT, NY, NC, NH, NM, NV, OR, PA, PR, RI, TX, VT, WV, WA, WI, WY
一些限制適用於口頭披露 HIV/愛滋病相關資訊。	CT, FL
我們僅會在獲取您書面同意的情況下收集一些 HIV/愛滋病相關資訊。	OR
精神健康	
法律允許我們僅 (1) 在一些有限的情況下披露精神健康資訊，及/或 (2) 向特定收件人披露上述資訊。	CA, CT, DC, IA, IL, IN, KY, MA, MI, NC, NM, PR, TN, WA, WI
披露資訊可能會受到資訊主體個人的限制。	WA
一些限制適用於口頭披露精神健康資訊。	CT
一些限制適用於使用精神健康資訊。	ME
兒童或成人虐待	
法律允許我們僅 (1) 在一些有限的情況下使用和披露兒童或成人虐待資訊，及/或僅 (2) 向特定收件人披露上述資訊。	AL, CO, IL, LA, MD, NE, NJ, NM, NY, RI, TN, TX, UT, WI

