

2023



Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP)

# 福利摘要

**Medicaid 醫療補助會員手冊**

<b>第 1 節</b>	歡迎參保 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃 .....	2
<b>第 2 節</b>	Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃的參保資格 .....	3
<b>第 3 節</b>	參保 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃 .....	5
<b>第 4 節</b>	Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃將始終秉承公平與尊重的原則為您服務 .....	8
<b>第 5 節</b>	過渡期護理 .....	9
<b>第 6 節</b>	每月超額收入 .....	9
<b>第 7 節</b>	Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃承保的服務 .....	12
<b>第 8 節</b>	我們的計劃不承保的 Medicaid 醫療補助服務 .....	34
<b>第 9 節</b>	Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃不承保的服務 .....	35
<b>第 10 節</b>	服務授權與行動 .....	35
<b>第 11 節</b>	第 1 級上訴（也稱為計劃級上訴） .....	41
<b>第 12 節</b>	僅針對 Medicaid 醫療補助的外部上訴 .....	47
<b>第 13 節</b>	第 2 級上訴 .....	49
<b>第 14 節</b>	如果要對我們的計劃提出投訴該如何處理 .....	51
<b>第 15 節</b>	取消參保 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃 .....	56
<b>第 16 節</b>	權利與責任 .....	58
<b>第 17 節</b>	預立醫療指示 .....	60
<b>第 18 節</b>	應要求提供的資訊通知 .....	62

## **第 1 節 歡迎參保 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃**

---

歡迎加入 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃。此強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃適用於符合以下條件的對象：擁有 Medicare 聯邦醫療保險和 Medicaid 醫療補助，且需要健康和長期護理服務（例如盡可能長久地留在自己家和社區中的居家護理和個人護理等服務）的人士。

本手冊會告訴您參保 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃後您可以從計劃中獲得的額外福利。它還會告訴您如何申請服務、提出投訴，或取消參保 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃。本手冊中描述的福利是在 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) Medicare 聯邦醫療保險承保範圍說明書中所述 Medicare 聯邦醫療保險福利之外的新增福利。請將本手冊與 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) Medicare 聯邦醫療保險承保範圍說明書一起保存。

您需要瞭解哪些服務受到承保以及如何獲取這些服務。

### **會員服務部所提供的幫助**

您可以隨時打電話給我們以解答您的疑問。我們可以幫助解答關於福利和服務的疑問、幫助轉診、更換丟失的會員證或說明可能影響您的福利的任何變更。

若您有任何疑問，或需要協助，請致電會員服務部，電話：1-877-891-6447（聽障/語障專線：711），服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。

## 第 2 節 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃的參保資格

---

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃專門面向同時擁有 Medicare 聯邦醫療保險和 Medicaid 醫療補助福利的人士提供。如果您還參保 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 以獲取 Medicare 聯邦醫療保險並符合以下要求，就有資格加入 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃：

- 年滿 18 週歲；
- 居住在計劃的以下服務區內：布朗士區、國王縣、納蘇縣、紐約、皇后區、里奇蒙縣、達切斯縣、橘縣、普特南縣、洛克蘭縣及威徹斯特縣；
- 經 Elderplan（長老計劃）或紐約州衛生署指定的機構透過當前的紐約州資格工具判定，您符合獲取長期護理的資格；並且
- 您滿足下述特殊資格要求：
  - a. 在參保時，按照紐約州衛生署的標準，必須能夠在不危害您健康與安全的前提下，返回或繼續留在家中及社區中；及
  - b. 參保時在醫療上符合療養院級醫療護理 (Nursing Home Level of Care, NHLOC) 的資格。
  - c. 需要護理管理並預計自參保生效日起連續超過 120 天的時間內至少需要以下基於社區的長期護理服務之一：
    - i. 居家護理服務；
    - ii. 居家治療服務；
    - iii. 護理員服務；
    - iv. 居家個人護理服務；

- v. 成人日間醫療保健；
- vi. 私人看護；或
- vii. 消費者主導個人援助服務。

申請人如果是住院患者或是州精神健康辦公室 (State Office of Mental Health, OMH)、戒癮服務與支援辦公室 (Office of Addiction Services and Supports, OASAS) 或州發育障礙人士辦公室 (State Office For People With Developmental Disabilities, OPWDD) 頒發執照的醫療設施的住院患者或留住人員，或者參保了 Medicaid 醫療補助按人頭計算的其他管理式保健計劃、居家與社區服務豁免計劃或 OPWDD 日間治療計劃，或者正在接受善終護理，則從住院醫院或從 OMH、OASAS 或 OPWDD 頒發執照的醫療設施出院時，或者其他管理式保健計劃、善終護理、居家與社區服務豁免計劃或 OPWDD 日間治療計劃終止時，可以參保簽約機構的計劃。

本手冊中介紹的承保範圍在您的 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃參保資格生效之日開始生效。加入 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃純屬自願。

### 第 3 節 參保 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃

---

紐約州衛生署 (Department of Health, DOH) 為所有長期護理計劃選擇了新的獨立評估員。從 2022 年 5 月 16 日起，無衝突評估與參保中心 (Conflict Free Evaluation and Enrollment Center, CFEEC) 擔任紐約獨立評估員 (NYIA)。NYIA 管理初始評估程序，加急初始評估程序除外。初始評估程序需要完成：

- 社區健康評估 (Community Health Assessment, CHA)：CHA 用於檢查您是否需要個人護理服務 (Personal Care Services, PCS) 和/或消費者主導個人援助服務 (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS)，以及是否符合參保管理式長期護理計劃的資格。
- 診療預約和執業醫師指令 (Practitioner Order, PO)：PO 記錄了您的診療預約並指明：
  - 您在日常活動方面是否需要幫助，以及
  - 您的病情是否足夠穩定，可以讓您安全地居家接受 PCS 和/或 CDPAS。

NYIA 將為您安排 CHA 和診療預約。CHA 由訓練有素的註冊護士 (RN) 完成。完成 CHA 後，NYIA 的一名臨床醫生將在幾天後完成診療預約和 PO。Elderplan (長老計劃) 將透過 CHA 和 PO 的結果確定您需要何種幫助，並制定屬於您的護理計劃。如果護理計劃建議您接受平均每天 12 個小時以上的 PCS 和/或 CDPAS，則 DOH 將要求 NYIA 獨立審核小組 (Independent Review Panel, IRP) 對此進行獨立審核。IRP 是由醫療專業人士組成的小組，將審核您的 CHA、PO、護理計劃及任何其他醫療證明文件。若需要更多資訊，小組成員可能會安排您進行體檢，或與您聯絡以討論您的需求。IRP 將就護理計劃是否滿足您的需求向 Elderplan (長老計劃) 提出建議。

## 參保：

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 將按收到申請的順序處理申請。Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 確定您有參保資格後，您的 Medicare 聯邦醫療保險申請將會提交到 CMS。CMS 確定您的 Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP) 參保資格後，您的申請和相應的強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃證明將被提交到 New York Medicaid Choice (NYMC)。簽署所有參保申請的時間不得晚於當月的 15 號，這樣才能在當月的 20 號中午前審核申請並提交到 NYMC 或 LDSS，從而確保下個月一號申請能夠生效。參保的生效日期將在參保時提供給您。如果生效日期出現變更，Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 將會把變更後的生效日期通知您。Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 會員將會收到說明參保生效日期的參保確認函。

審核並批准您的申請後，Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 將在 10 個曆日內向您寄送會員證。但如果我們在臨近月末時收到和處理您的參保申請，您可能無法在下個月的生效日期前收到會員證。如果您在還沒有收到會員證時需要去看醫生，請致電會員服務部確定承保範圍，他們會將您的資格資訊傳真給您的提供者。若您已收到參保確認函，則在您收到會員證之前，您還可以使用此函作為承保證明。

若您決定不繼續該參保申請，我們會將此認定為撤銷申請。您可在參保生效的前一個月的 20 號中午之前撤銷申請或參保協議，以口頭或書面形式向我們表達您的意願即可。若您選擇撤銷申請，則您必須選擇另一項管理式長期護理計劃，然後才可繼續接受長期護理服務，例如個人護理。您不再能夠透過 HRA 或 LDSS 重新獲享 Medicaid 醫療補助付費服務的服務。

## 拒絕參保：

若根據您的年齡、地理位置或 Medicaid 醫療補助/Medicare 聯邦醫療保險資格條件，判定您不符合資格，Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 將會告知您。

若 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 認定您未滿足以上資格要求中的一項或多項，我們將建議拒絕參保，並且您將會收到書面通知。

## 拒絕參保的原因有：

- 在申請流程開始之後，我們認定您不符合療養院級醫療護理資格
- 在申請流程開始之後，我們認定您並不需要 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 提供的基於社區的長期護理服務（從參保日算起連續超過 120 天）
- 在參保時，我們認定您無法在不危害您健康與安全的前提下，返回（或繼續留在）自家及社區中

如果您不同意 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 拒絕您參保的決定，您可要求繼續向當地社會服務部 (LDSS) 或 NY Medicaid Choice 申請。到目前為止所收集的全部資訊皆將送交當地社會服務部 (LDSS) 或 NY Medicaid Choice，並由他們對您的資格作出最終判定。

在 LDSS 或 NY Medicaid Choice 處理拒絕參保的建議前，您可以撤銷申請，在當月的 20 號中午前以口頭或書面形式向我們表達您的意願即可。

只有在 LDSS 或 NY Medicaid Choice 同意 Elderplan Plus Long-Term Care's (HMO D-SNP) 作出的您不符合參保資格的認定之後，您才會被拒絕參保。

如果您以口頭或書面形式向我們表達您的意願，決定在 LDSS 或 NY Medicaid Choice 處理拒絕參保之前撤銷參保申請，Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 會將您的撤銷書寄送給紐約市人力資源管理局 (Human

Resources Administration, HRA) 或 LDSS 以供處理。Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 會將書面撤銷確認函寄送給您。

若 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 認定您未滿足以上資格要求中的一項或多項，我們將建議拒絕參保，並且您將會收到書面通知。

#### **第 4 節 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃將始終秉承公平與尊重的原則為您服務**

---

我們的計劃必須遵守保護您不遭受歧視或不公平待遇的法律。我們不會因種族、族群、民族血統、宗教、性別、年齡、身心殘障、健康程度、索賠經歷、病史、基因資訊、可保性證明或在服務區內的地理位置而歧視任何人。

如需關於歧視或不公平待遇的詳細資訊或對此有任何疑問，請致電 1-800-368-1019（聽障專線：1-800-537-7697），聯絡衛生與公眾服務部民權辦公室，或致電您當地的民權辦公室。

如果您身體殘障並需要幫助以獲取護理，請致電會員服務部：1-877-891-6447（聽障專線：711）。若您想針對無障礙通道等問題進行投訴，可聯絡會員服務部。

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 會為經授權向您提供各服務的網絡內提供者直接全額支付，您無需承擔定額手續費或其他費用。若您收到 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 授權的承保服務的賬單，您無需付款。請聯絡您的護理經理。您可能需要支付 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃未授權的承保服務，或計劃網絡之外的提供者提供的承保服務。

## 第 5 節 過渡期護理

---

如果提供者接受按計劃費率的付款、遵守計劃的品質保障及其他政策，並向計劃提供關於您的護理的醫療資訊，新會員可使用網絡外醫療服務提供者，繼續正在進行中的療程，此過渡時間從參保日算起，最多可達 60 天。

現任會員：若您的醫療服務提供者脫離了網絡，只要您的提供者接受按計劃費率的付款，且遵守計劃的品質保障及其他政策，並向計劃提供關於護理的醫療資訊，則您正在進行的療程可能可以在最長 90 天的過渡期內持續。若您認為您的狀況滿足過渡期護理服務的條件，請告知您的護理管理團隊。若您因核准服務區的減少、關閉、收購、合併或其他經批准的安排，取消參保某個管理式長期護理 (MLTC) 計劃或聯邦醫療保險優勢計劃 (MAP) 並轉到 Elderplan (長老計劃)，則在您參保後 120 天內，或者直到 Elderplan (長老計劃) 已完成評估且您已同意接受新的以個人為中心的服務計劃，Elderplan (長老計劃) 必須按照現有以個人為中心的服務計劃為您提供服務。

## 第 6 節 每月超額收入

---

超額收入金額或盈餘是紐約市人力資源管理局或當地社會服務部門確定的可用收入淨額，即會員根據醫療補助計劃的要求每月必須支付給 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 的金額。具有盈餘的 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 會員將在每月 15 號左右收到月發票。

您負責向我們支付的金額將取決於您在 Medicaid 醫療補助和 Medicaid 醫療補助的每月超額收入計劃的資格。

若您有資格參保：	則您：
Medicaid 醫療補助（無每月超額收入）	無需向 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 付款
Medicaid 醫療補助（具有每月超額收入）	須向 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 支付由紐約市人力資源局/當地社會服務部門確定的每月超額收入

若您有資格參保具有超額收入的 Medicaid 醫療補助，並且在您成為 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 會員後超額收入有變更，您的每月付款也將進行調整。

若會員自繳費期限算起欠繳 Medicaid 醫療補助超額收入金額超過 30 天，Elderplan（長老計劃）可能會啟動非自願取消參保。Elderplan（長老計劃）將盡合理努力收取該超額收入，包含提出書面付款要求以及告知該會員其可能因未付款遭取消參保。

若您對 Medicaid 醫療補助超額收入有任何疑問並居住在布碌崙、皇后區、史坦頓島、曼哈頓或布朗克斯這五個區，請聯絡：

**Human Resources Administration  
Medical Assistance Program  
785 Atlantic Avenue, 1st Floor  
Brooklyn, NY 11238 | 1-888-692-6116**

如果您居住在達切斯縣，請聯絡：

**Dutchess County Community and Family Services  
60 Market Street  
Poughkeepsie, NY 12601 | 845-486-3000**

如果您居住在納蘇縣，請聯絡：

**Nassau County Department of Social Services**  
**60 Charles Lindbergh Blvd.**  
**Uniondale, NY 11553-3656 | 516-227-8000**

如果您居住在橘縣，請聯絡：

**Orange County Department of Social Services**  
**11 Quarry Road**  
**Goshen, NY 10924 | 845-291-4000**

如果您居住在普特南縣，請聯絡：

**Putnam County Department of Social Services**  
**110 Old Route Six Buliding #2**  
**Carmel, NY 10512 | 845-808-1500 Ext:45251**

如果您居住在洛克蘭縣，請聯絡：

**Rockland County Department of Social Services**  
**Rockland County 50 Sanatorium Rd**  
**Pomona, NY 10970 | 845-364-3040**

如果您居住在威徹斯特縣，請聯絡：

**Westchester County Department of Social Services**  
**85 Court Street**  
**White Plains, NY 10601 | 914-995-3333**

## 第 7 節 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃承保的服務

---

### Medicare 聯邦醫療保險承保服務的自付扣除金和定額手續費

您接受的包括住院和醫院門診服務、醫生訪視、緊急醫療服務和實驗室檢測在內的許多服務均由 Medicare 聯邦醫療保險承保並在 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) Medicare 聯邦醫療保險承保範圍說明書中有所說明。Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) Medicare 聯邦醫療保險承保範圍說明書第 3 章闡明了使用計劃提供者和在緊急醫療情況下或需要緊急護理時獲得護理的規則。計劃沒有自付扣除金和定額手續費。請閱讀 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) Medicare 聯邦醫療保險承保範圍說明書第 4 章「承保範圍與支付費用」。

如果 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) Medicare 聯邦醫療保險承保範圍說明書中介紹了福利的月繳保費（請查看第 1 章），您將無需支付該保費，因為您擁有 Medicaid 醫療補助保險。我們也會承保 Medicare 聯邦醫療保險不予承保但 Medicaid 醫療補助予以承保的許多服務。以下部分將說明哪些項目獲得承保。

### 護理管理服務：

#### 協調您的護理

參保 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 後，每位會員皆會獲指定一支護理管理團隊，該團隊包含臨床及社交型護理經理以及行政支援人員。此團隊將負責協調您的護理，並為您提供高品質的以人為本服務規劃及護理管理。他們將與您、您的非正式支援者以及您的主治醫生攜手合作，根據您當前及獨特的心理和醫療需求、功能性水平及支援系統，共同確保您獲得適當水平的服務。您的護理管理團隊將協調您對承保與非承保服務以及其他提供者、社區資源及非正式支援者提供的任何其他服務的所有醫療護理需求。

您每月將至少收到一次來自您的護理管理團隊的電話聯絡。您護理管理團隊中的護士評估員將至少一年進行兩次家訪，以完成一項關於您健康的綜合評估，並鑑別任何可能的變更或需求。額外的家訪將由您的護理管理團隊安排。我們將與獲知您護理計劃的提供者以及其他醫療護理專業人員合作，以確保您獲得需要的服務。一名醫療護理專業人員將會協助您申請任何應享有的福利及您符合資格的其他福利，並在所有應享有福利的驗證過程中保持符合資格。

### **您可用的選項：**

#### **消費者主導個人援助服務 (CDPAS)**

CDPAS 是一項提供給所有 Elderplan Plus Long-Term Care 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃會員的承保自願性福利。CDPAS 是一種為需要護理、個人或居家護理服務，且有能力管理自身護理的合資格會員提供的主導式居家護理模式。無主導能力的會員可指定一位負責任的成年人（稱為「指定代表」）代其承擔計劃的責任。

如果您加入 CDPAS，您或您的代表將具有有關 CDPAS 工作人員招聘、訓練、安排、評估、確認、時間表核准及免職的決策權。

您可自願終止自我主導選項 (CDPAS) 並隨時透過強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃接受傳統服務。

#### **在以下情況下，可能會讓您非自願性地取消參保自我主導選項：**

- 繼續參與 CDPAS 不符合您的健康、安全或福利需要；
- 您持續表現出缺乏執行自我主導服務所需的工作的能力，表明無法自我主導；
- 存在欺詐性使用 Medicaid 醫療補助資金的情況，如偽造 CDPAS 相關文件的充足證據；或
- 醫生的授權已超過 6 個月。

## 額外承保服務

因為您擁有 Medicaid 醫療補助並且符合 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃資格，我們的計劃將為您安排下述額外的健康和社會服務並支付相關費用。只要服務具有醫療必需性，即需要它們來預防或治療您的疾病或殘障，您就可以獲得這些服務。您的護理經理會幫助確定您需要哪些服務以及到哪些提供者處就診。某些情況下，可能需要您的醫生轉診或出具醫囑才能接受這些服務。您必須從 Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP) 網絡中的提供者獲得這些服務。

如果您無法在我們的計劃中找到網絡內提供者，則必須獲得 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 的事先授權才能接受網絡外提供者的任何醫療服務，需要緊急醫療或急症護理的情況除外。要獲得網絡外提供者服務的事先授權，您或您的醫生必須致電 Elderplan Plus Long-Term Care 醫療事務管理部，電話：1-877-891-6447（聽障專線：711）。

福利	承保服務說明	Elderplan Plus Long-Term (HMO D-SNP)
<b>個人護理</b>	以下活動方面的協助，如個人衛生、穿衣與進食；如廁；行走；膳食準備；和家務管理。此類服務必須對於維持您的居家健康和 safety 至關重要。	個人護理服務需要事先批准。
<b>以個人為中心的服務計劃（或護理計劃）</b>	要實現的會員特定保健目標的護理管理記錄中的書面說明，以及為實現該等目標提供給會員的承保服務之數量、持續時間和範圍。	透過重新評估以及是否實現了保健目標的裁定對以個人為中心的服務計劃的效率進行監督。
<b>消費者主導個人護理服務 (CDPAS)</b>	這是一項專門計劃，在此計劃中，一名會員或人士擔任一名會員的代表（稱為指定代表），自行主導和管理該會員的個人護理和其他授權服務。	服務包括在個人的衛生、穿衣與進食、協助準備飯食與家務方面提供某些或全面協助以及充當護理員和執行護理任務。由會員或指定代表挑選並接受其指示的助理來提供服務。  CDPAS 需要執業醫師指令和事先批准。

福利	承保服務說明	Elderplan Plus Long-Term (HMO D-SNP)
<p><b>Medicare 聯邦醫療保險不承保的居家保健服務</b></p>	<p>Medicaid 醫療補助承保的居家保健服務包括提供 Medicare 聯邦醫療保險不予承保的專業服務（例如為已經達到恢復潛力極限的患者提供物理治療師以監督維持治療方案，或為患有糖尿病的殘障人士提供護士服務來預先灌滿針筒）和/或根據經核准的護理計劃規定提供護理員服務。</p>	<p>Medicare 聯邦醫療保險不承保的居家保健服務需要事先批准。</p>
<p><b>營養</b></p>	<p>營養服務包括營養需求及飲食型態的評估，或根據身體和醫療需求以及環境條件提供適當之食物及飲品的計劃。此外，這些服務還可能包括提供符合您的居家環境的適當飲食計劃以及制定營養治療計劃。</p>	<p>營養服務需要事先批准。</p>

福利	承保服務說明	Elderplan Plus Long-Term (HMO D-SNP)
<b>醫務社會服務</b>	醫務社會服務包括針對與維持您居家生活相關的社會問題進行的需求評估、安排以及提供援助，且服務由合資質的社工提供。醫務社會服務將協助您解決與您的疾病、財務、住房或環境相關的疑慮。	醫務社會服務需要事先批准。
<b>送餐到家和共餐計劃</b>	為無能力自備或讓他人準備膳食的個人提供的家中用餐或集體（例如日間護理中心或長者中心）聚餐。	送餐到家和/或集體聚餐的餐食需要事先批准。
<b>社交型日間護理</b>	在一天當中的任何時候（但少於 24 小時），於有保護的環境中為個人提供社交、監督與監測；個人護理和營養服務。	社交型日間護理需要事先批准。

福利	承保服務說明	Elderplan Plus Long-Term (HMO D-SNP)
<p><b>非緊急接送服務</b></p>	<p>接送服務由救護車、簡易型救護車、計程車、大眾運輸工具或其他適用於您的醫療狀況的工具提供。如有必要，計劃還承保由一名陪伴者陪伴您前往醫療約診。</p> <p>所有非緊急接送服務都可透過致電 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 會員服務部進行安排，電話：1-877-891-6447（聽障專線：711），服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天；或者</p>	<p>非緊急接送服務需要事先批准。</p> <p>所有常規接送服務應提前三 (3) 個工作日安排。</p> <p><b>如需使用接送服務前往緊急護理中心，請提前 90 分鐘致電。</b> 在預約接送服務時，請準備好緊急護理中心的地址。如果未獲得 Elderplan Plus Long-Term Care 非緊急接送服務的事先授權，您將無法獲得接送服務費用的報銷，並且將需要承擔全額費用。如果您選擇乘坐公共交通工具（例如，MTA 公共交通，包括地鐵、公交、長島鐵路和/或大都會北方鐵路等），則必須向 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 提交填好的會員報銷表格，以便獲得往返費用的報銷。</p> <p>下頁續。</p>

福利	承保服務說明	Elderplan Plus Long-Term (HMO D-SNP)
<b>非緊急接送服務續</b>	進行預約，電話：1-877-714-6880，Modivcare 每天 24 小時，每週 7 天回答會員對於交通接送的詢問。若接送誤點或要安排搭車離開某個機構，請撥打此號碼。Elderplan（長老計劃）搭乘協助熱線：1-877-714-6881。聽障會員請致電聽障專線：711。	為方便起見，您可以在我們的網站 <b>elderplan.org</b> 上或致電會員服務部獲取會員報銷表格。只需填寫會員報銷表格並郵寄至以下地址： Elderplan Plus Long-Term Care Medicare Plan Member Services 6323 7th Avenue, 2nd Floor Brooklyn, NY 11220 收到您的申請後，我們將為您寄送報銷款。
<b>私人看護</b>	由持照人士且當前在紐約州教育部註冊的執業註冊專業護士或持照執業護士提供的私人看護服務。私人看護服務可透過經認證的註冊居家保健機構或持照居家護理機構提供。	私人看護服務需要醫囑和事先批准。

福利	承保服務說明	Elderplan Plus Long-Term (HMO D-SNP)
<b>Medicare 聯邦醫療保險不承保的耐用醫療設備</b>	Medicaid 醫療補助承保的耐用醫療設備包括 Medicare 聯邦醫療保險不承保的浴凳、扶手桿等用品。	Medicare 聯邦醫療保險不承保的耐用醫療設備需要醫囑和事先批准。
<b>醫療/手術用品</b>	Medicare 聯邦醫療保險不承保除了藥物、假體、矯具、耐用醫療設備或矯形鞋外的醫療用品。包括腸內營養配方。詳見以下限制。	Medicare 聯邦醫療保險不承保的醫療/手術用品需要醫囑和事先批准。
<b>矯具和假體</b>	包括矯具、矯形鞋及假體。	Medicare 聯邦醫療保險不承保的矯具和假體需要醫囑和事先批准。

福利	承保服務說明	Elderplan Plus Long-Term (HMO D-SNP)
<b>聽力服務</b>	Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 會員可獲得 Medicare 聯邦醫療保險不承保，而 Medicaid 醫療補助承保的聽力服務，包括醫療上有必要用於減少聽力喪失或受損造成的障礙的聽覺治療服務和產品。服務包括助聽器的選擇和驗配；助聽器驗配之後的檢查、適合程度評估與助聽器修理；聽力學服務，包括檢查與測試、助聽器評估與助聽器處方；及包括助聽器、耳模、特別驗配與更換部件等在內的助聽器產品。	會員必須透過 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 簽約的網絡獲取 Medicaid 醫療補助承保的所有聽力護理服務，如常規聽力檢查及助聽器。聽力服務無需事先批准。

福利	承保服務說明	Elderplan Plus Long-Term (HMO D-SNP)
<p><b>視力</b></p> <p>會員必須透過 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 簽約的眼科網絡 Superior Vision 獲取所有視力護理服務，如常規視覺檢查、眼鏡和隱形眼鏡。所有承保的視力服務必須具有醫療必需性。</p>	<p>Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 會員可獲得 Medicare 聯邦醫療保險不承保，而 Medicaid 醫療補助承保的視力服務，包括驗光師、眼科醫生和配鏡師的服務，含眼鏡、醫療上必需的隱形眼鏡和聚碳酸酯鏡片、義眼（庫存或訂製）和低視力輔助工具與服務。承保範圍還包含零件的修復或更換。承保範圍同時包含視覺缺損和/或眼科疾病的診斷與治療檢查。</p>	<p>此外，Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP) 會員還可獲得 Medicare 聯邦醫療保險或 Medicaid 醫療補助承保福利以外的其他視力福利，包括每兩年一 (1) 次的常規視力檢查以及每兩年一 (1) 副的眼鏡或隱形眼鏡，具有醫療必需性的情況除外。青光眼等疾病可能需要每兩年進行一次全面的視力檢查。</p> <p>常規視力服務無需事先批准。具有醫療必需性的視力服務可能需要事先批准。</p>

福利	承保服務說明	Elderplan Plus Long-Term (HMO D-SNP)
牙科	<p>Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 認為，為您提供優質牙科護理對您的整體保健非常重要。我們與優質牙科護理提供者 Healthplex Inc. 簽有合約，透過專業護理者為您提供優質牙科護理服務。承保服務包括定期和常規牙科服務，如預防性牙科檢查、洗牙、X 光檢查、補牙及檢查是否存在可能需要治療的任何變更或異常的其他服務和/或為您提供的跟進護理。看牙醫無需主治醫生轉診。</p>	<p>您必須透過 Elderplan Plus Long-Term Care Medicare 聯邦醫療保險計劃簽約牙科網絡內提供者 Healthplex Inc. 獲取所有提供者的牙科治療。所有承保的牙科服務必須具有醫療必需性。個別牙科手術可能需要 Healthplex Inc. 的事先授權。</p> <p>如需尋找牙科醫生或更換您的牙科醫生，請致電 Healthplex Inc.，電話：1-800-468-0600。客戶服務代表隨時為您服務。他們當中很多人都會說您的語言，或與 Language Line 語言服務簽有合約。</p> <p>請出示您的會員證，以獲得牙科福利。您將不會收到單獨的牙科會員證。到牙科就診時，應出示您的計劃會員證。可能需要事先授權。</p>

福利	承保服務說明	Elderplan Plus Long-Term (HMO D-SNP)
<b>社會/環境支援</b>	社會及環境支援是支持您的醫療需求的服務和物品，包含在您的護理計劃中。這些服務及物品包括但不限於住宅維護工作、家政/家務服務、住宅設施改善以及臨時看護。	社會及環境支援服務需要事先批准。
<b>個人緊急回應系統</b>	個人緊急回應系統 (PERS) 是一種使某些高風險患者能夠在身體、精神、環境處於緊急狀況時，確保取得協助的電子儀器。現在有各種電子警示系統，您可在啟動「幫助」按鈕後使用回應中心並向其發出訊號。如出現緊急情況，應答中心接收到此訊號後即可採取適當行動。	個人緊急回應系統需要事先批准。

福利	承保服務說明	Elderplan Plus Long-Term (HMO D-SNP)
<b>成人日間醫療保健</b>	成人日間醫療保健包括下述服務：醫療、護理、食物及營養、社會服務、復健治療、休閒活動（囊括許多有意義活動的規劃性計劃）、牙科、藥物及其他輔助服務。	成人日間醫療保健需要事先批准。
<b>Medicare 聯邦醫療保險不承保的療養院護理（如果您符合 Medicaid 醫療補助公共機構的資格）</b>	要獲得 Medicare 聯邦醫療保險不承保的療養院護理服務，服務必須依照處方醫生、註冊助理醫生、註冊執業護士或持照居家護理機構的書面治療計劃提供。	Medicare 聯邦醫療保險不承保的療養院護理需要事先批准。
<b>住院護理，包括精神健康和藥物濫用護理</b>	醫療必需護理，包括超過 Medicare 聯邦醫療保險 190 天終身上限的住院精神健康護理。	超過 190 天 Medicare 聯邦醫療保險終身上限天數的住院精神健康護理需要事先批准。

福利	承保服務說明	Elderplan Plus Long-Term (HMO D-SNP)
<b>門診精神健康與藥物濫用服務</b>	Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 可取得網絡內提供者提供的門診精神健康與藥物濫用服務。您可以在十二(12)個月期限內自行轉診至網絡內提供者處就每種福利接受一次評估。	門診精神健康與藥物濫用服務需要事先批准。
<b>遠程醫療服務</b>	遠程醫療提供者透過通訊技術為會員提供醫療保健服務，包括評估、診斷、諮詢、治療、教育、護理管理和/或自我管理。	遠程醫療服務不需要事先批准。

福利	承保服務說明	Elderplan Plus Long-Term (HMO D-SNP)
<b>門診復健服務</b>	由註冊持照治療師提供的復健服務，以盡可能地減輕身體或精神殘障，並讓會員的身體機能恢復至最佳程度。2022年1月1日起生效，Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 將會承保醫生或其他持照專業人士開處的具有醫療必需性的物理治療 (PT)、職業治療 (OT) 和言語治療 (ST) 就診。	需要事先授權。

自 2023 年 1 月 1 日起，Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 將會承保行為健康（精神健康和戒癮）服務，其中包括：

### **成人門診精神健康護理**

- **持續性日間治療 (Continuing Day Treatment, CDT)**：為患有嚴重精神疾病的成人提供必要的技能和支援，使他們能夠留在社區中並變得更加獨立。您每週可獲得多天服務，就診持續時間超過一小時。
- **部分住院服務 (Partial Hospitalization, PH)**：一項提供精神健康治療的計劃，旨在穩定或幫助緩解可能需要住院的人員的急性症狀。

### **成人門診復健型精神健康護理**

- **主動式社區治療計劃 (Assertive Community Treatment, ACT)**：ACT 是用於提供治療、支援和復健的團隊方法。許多服務由 ACT 工作人員在社區或您的居住地提供。ACT 適用於被確診患有嚴重精神疾病或情緒問題的人士。

- **精神健康門診治療和復健服務 (Mental Health Outpatient Treatment and Rehabilitative Services, MHOTRS)**：一項提供治療、評估和症狀管理的計劃。服務可能包括在社區診所進行的個人治療和團體治療。
- **以康復為主導的個人化服務 (Personalized Recovery Oriented Services, PROS)**：一項在您患有嚴重持續性精神疾病的情況下提供的以康復為主導的完整計劃。該計劃的目標是結合治療、支援和療養，以幫助康復。

**適用於符合臨床要求的會員的成人門診復健型精神健康和戒癮服務。這些服務也稱為 CORE。**

- **以社區為主導的康復和激勵 (Community Oriented Recovery and Empowerment, CORE) 服務**：以人為本的康復計劃，包括移動式行為健康支援，以幫助培養技能並促進社區參與和獨立性。CORE 服務面向經州政府確定為符合高需求行為健康風險標準的會員提供。所有人都可以轉診或自我轉診到 CORE 服務。
- **社會心理康復 (Psychosocial Rehabilitation, PSR)**：此項服務幫助培養生活技能，例如建立社交關係；尋找或保住工作；入學或返校；以及使用社區資源。
- **社區精神科支援和治療 (Community Psychiatric Supports and Treatment, CPST)**：此項服務幫助您透過諮詢和臨床治療來管理症狀。
- **激勵服務 — 同伴支援**：此項服務將您與已康復的同伴專家聯繫起來。您將在學習以下方面獲得支援和幫助：
  - 面對健康挑戰並獨立生活，
  - 幫助您作出有關自己康復的決定，以及
  - 尋找自然支援和資源。
- **家庭支援和培訓 (Family Support and Training, FST)**：此項服務為您的家人和朋友提供幫助或支援您所需的資訊和技能。

## **成人精神健康危機服務**

- **綜合精神科急診計劃 (Comprehensive Psychiatric Emergency Program, CPEP) :** 一項以醫院為基礎的計劃，為需要緊急精神健康服務的人士提供危機支援和長期觀察病床（最長 72 小時）。
- **移動式危機服務和電話危機服務：** 一項面向經歷精神健康和/或戒癮危機的人士提供的社區內服務。
- **危機住宿計劃：** 一項短期住宿計劃，為出現精神健康症狀或在日常生活中遇到使症狀惡化之挑戰的人士提供每天 24 小時的服務，最長可持續 28 天。相關服務可幫助避免住院，並支援返回社區。

## **成人門診戒癮服務**

- **鴉片類藥物治療中心 (OTP)** 是經 OASAS 認證的中心，可提供治療鴉片類藥物依賴的藥物。這些藥物包括美沙酮、丁丙諾啡和納洛酮。這些機構還提供諮詢和教育服務。在許多情況下，您可以終生在 OTP 診所獲得持續性服務。

## **成人住宿型戒癮服務**

- **住宿服務** 面向在住宅環境中進行康復時需要 24 小時支援的人士提供。住宿服務有助於透過結構化的無成癮物質環境維持康復狀態。您可獲得團體支援並學習相關技能，以幫助康復。

## **成人住院戒癮復健服務**

- **州設戒癮治療中心 (Addiction Treatment Centers, ATC)** 提供滿足您需求並支援長期康復的護理服務。每個機構的工作人員都經過培訓，可幫助應對多種狀況，例如精神疾病。他們還支援恢復期養護計劃。每個機構提供的戒癮治療服務類型都有所不同，但可能包括藥物輔助治療；戒賭；針對男性或女性的性別特定治療等。

- **住院戒癮復健**計劃可為您提供用於評估、治療物質濫用障礙並進行復健的安全環境。這些機構提供每天 24 小時，每週 7 天的護理，並始終由醫務人員監督。住院服務包括管理與戒癮相關的症狀以及監測因藥物濫用而引起的身心併發症。
- **住院醫療監督戒癮**計劃為中度戒斷提供住院治療，包括在醫生的護理下進行監督。您可獲得的其中一些服務包括入院後 24 小時內的醫學評估，以及中毒和戒斷狀況醫療監督。

### **如何獲得這些行為健康（精神健康和戒癮）服務/福利？**

若要進一步瞭解這些服務，請致電會員服務部，電話：1-877-891-6447（聽障專線：711），服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。您還可與醫療服務提供者討論如何獲得專業服務，例如 CORE。

### **福利限制：**

- 口服營養配方與營養補充品限於不能經由任何其他途徑獲取營養的人士，並且受限於下列條件：
  - 1) 無法咀嚼或吞嚥食物且必須使用飼管從配方中獲得營養的管飼人士；及
  - 2) 需要特殊醫療配方以提供無法透過任何其他方式獲得基本營養物質的罕見先天性代謝失調人士。
  - 3) 某些遺傳性氨基酸與有機酸代謝疾病的承保將包括經過改造的低蛋白質或含有改造蛋白質的固態食物產品。
- 療養院護理只為視為永久入住的人士提供，條件是他們必須符合 Medicaid 醫療補助公共機構承保的資格。

## Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

此部分將說明 Money Follows the Person (MFP)/Open Doors 提供的服務與支援。MFP/Open Doors 是一項幫助您從療養院搬回家中或在社區中居住的計劃。若您滿足以下條件，則可能有資格加入 MFP：

- 在療養院中生活三個月及以上
- 所在社區提供的服務能滿足您的健康需求

MFP/Open Doors 特有的「過渡專家和專員」會在療養院與您會面，並討論一些關於搬回社區的事宜。過渡專家和專員與護理經理及出院規劃人員有所不同。他們可以透過以下方式幫助您：

- 向您提供關於社區服務和支援的資訊
- 找尋社區提供的服務，幫助您獨立生活
- 在您搬回去後拜訪或聯絡您，確保您在家中也能獲得所需服務。

如需進一步瞭解 MFP/Open Doors，或預約過渡專家或專員上門拜訪，請撥打 1-844-545-7108 聯絡紐約獨立生活協會，或傳送電子郵件至 [mfp@health.ny.gov](mailto:mfp@health.ny.gov)。您也可以瀏覽 MFP/Open Doors 網站：[health.ny.gov/mfp](https://health.ny.gov/mfp) 或 [www.ilny.org](http://www.ilny.org)。

## 在服務區之外獲得護理

如果您不在家或不在服務區內，且無法從網絡內提供者處獲得護理，我們的計劃將為您從任何提供者處獲得的急症治療護理承保。「急症治療護理」是無法預見的非緊急醫療疾病、傷害或狀況，它需要立即進行醫療護理，但暫時無法從計劃的網絡內提供者處獲得護理。無法預見的狀況可能（舉例）是您無法預見的已知狀況突然發作（例如慢性皮膚狀況突然發作）。

如果您在美國領土以外接受護理，我們的計劃不會承保急症治療護理或任何其他護理。

## 緊急醫療服務

「緊急醫療情況」是指您或任何其他具有一般健康和醫學常識的人認為您的醫療症狀需要立即進行醫療處理以防發生生命危險、截肢或肢體殘障的情況。醫療症狀可以是疾病、受傷、劇痛或快速惡化的病情。

如果您發生緊急醫療情況，請：

- **盡快尋求幫助。**撥打 911 求救或前往最近的急診室、醫院或緊急護理中心。如果需要，請叫救護車。您不需要經過您的 PCP 批准或先從您的 PCP 處轉診。
- **請務必盡快向我們的計劃通知您的緊急情況。**
- 我們需要跟進您的急救護理。
- 您或其他人士應致電（通常在 48 小時內）說明您的急救護理情況。為此，您可以致電會員服務部，電話：1-877-891-6447（聽障專線：711），服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。

## 在發生緊急醫療情況時承保哪些護理？

您可以在需要時從美國或其屬地中的任何地點獲得承保的緊急醫療護理。如果以任何其他方式前往急診室會危及您的健康，我們的計劃會承保救護車服務。

如果您發生緊急情況，我們會與為您提供緊急醫療護理的醫生交談，讓其幫助管理和跟進您的護理。為您提供急救護理的醫生將決定您的狀況什麼時候穩定，以及緊急醫療情況什麼時候結束。

在緊急情況結束後，您有權接受後續護理，以確保您的狀況維持穩定。您的後續護理將受到我們計劃的承保。如果您接受了網絡外提供者提供的急救護理，我們會在您的身體狀況和環境允許的情況下，立即安排網絡內提供者接管您的護理工作。

## 如果不是緊急醫療情況，該如何處理？

有時，可能難以判斷自己是否發生了緊急醫療情況。例如，您可能要求急救護理，認為您的健康狀況非常危險，但醫生可能會說這根本不是緊急醫療情況。如果結果發現這不是緊急情況，只要您有理由認為自己的健康狀況非常危險，我們就會為您的護理承保。

不過，當醫生表示這不是緊急情況後，僅在以下情況下，我們才會承保額外的護理：

- 您到網絡內提供者處獲得額外的護理，或
- 您所獲得的額外護理被視為「急症治療護理」且您遵循獲得此緊急護理的規則

## 緊急醫療情況服務的付款

您可接受任何提供者提供的緊急醫療服務，無論該提供者是否在我們的網絡內。當接受不在我們網絡內的醫療服務提供者提供的緊急醫療或急症治療護理時，您應要求提供者向計劃收費。

- 如果您在接受護理時支付了全部費用，您需要我們向您償付費用。您應將賬單及您的付款憑證寄送給我們。
- 有時，您可能收到提供者要求您付款的賬單，而您認為您並不應支付這筆費用。您應將賬單及您的付款憑證寄送給我們。
- 如果欠付了提供者相關款項，我們將直接向其付款。
- 若您已支付服務費用，我們將向您作出償付。

## 第 8 節 我們的計劃不承保的 Medicaid 醫療補助服務

---

某些 Medicaid 醫療補助的服務 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 不予承保。您可以使用 Medicaid 醫療補助福利卡從接受 Medicaid 醫療補助的任何提供者處獲得這些服務。如果您對是否是 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 或 Medicaid 醫療補助承保的福利有任何疑問，請致電會員服務部，電話：1-877-891-6447（聽障專線：711）。使用您的 Medicaid 醫療補助福利卡可獲得的一些 Medicaid 醫療補助承保服務包括：

- 根據直接使用規定提供的網絡外計劃生育服務，
- 州法律允許的 Medicaid 醫療補助藥房福利（Medicare 聯邦醫療保險 D 部分福利不包括的指定藥類），
- 為持有 OMH 許可的社區居住 (CR) 和家庭治療計劃的居民提供的復健服務，
- 發育障礙人士服務辦公室，
- Medicaid 醫療補助綜合個案管理，
- 基於家庭和社區的豁免計劃服務，
- 肺結核病直接觀察治療，
- 輔助生活計劃。

## 第 9 節 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃不承保的服務

---

如果提供者事先告訴您這些服務不在承保範圍內，並且您同意付款，您必須支付 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 或 Medicaid 醫療補助不承保的服務費用。Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 或 Medicare 不承保服務的示例有：

- 整容手術（若不具醫療必需性）
- 個人用品及舒適用品
- 不育症治療
- 計劃網絡外提供者的服務（除非 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 將您交付給該提供者）

如有疑問，請致電會員服務部，電話：1-877-891-6447（聽障專線：711）。

## 第 10 節 服務授權與行動

---

本節中的資訊適用於您的所有 Medicare 聯邦醫療保險及大多數 Medicaid 醫療補助福利。此資訊不適用於您的 Medicare 聯邦醫療保險 D 部分處方藥福利。

當您請求核准一項治療或服務時，這稱為服務授權請求（也稱為承保決定請求）。要提出服務授權請求，您或您的醫生必須致電 Elderplan Plus Long Term Care 醫療事務管理部，電話：1-877-891-6447（聽障專線：711），或將書面申請寄送到以下地址：

**Elderplan Plus Long Term Care  
Medicare Plan Medical Management Department  
6323 7th Avenue  
Brooklyn, NY 11220**

我們將按一定金額和特定期限對服務進行授權。這稱為**授權期**。

## 事先授權

一些承保服務需要 Elderplan Plus Long Term Care 醫療事務管理部的事先授權（事先批准），然後您才能獲得這些服務。您或您信任之人可申請事先授權。以下治療和服務必須獲得批准後才能接受：

- 非標準服務、選擇性住院、SNF 住院/急性疾病復健服務
- 非緊急救護車服務
- 物理治療/綜合門診復健機構（例如，門診復健護理）
- 傷口護理/真空手術
- 高壓氧艙治療
- DME/用品 – Medicare 聯邦醫療保險產品
- DME/用品 – Medicaid 醫療補助產品
- 器官移植評估
- 假體和矯具
- MRI/MRA/Pet/CT
- 糖尿病用鞋
- 基於社區的長期護理服務 (CBLTC)
- Medicaid 醫療補助承保的非緊急接送服務
- 專科醫生到家看診

## 同時審核

您還可以要求 Elderplan Plus Long-Term Care 醫療事務管理部提供比目前所接受的服務更多的服務。這稱為**同時審核**。

## 回溯性審核

有時，我們會對您正在接受的護理進行審核，以查看您是否仍然需要它。我們也可能會審核您已經獲得的其他治療及服務。這稱為**回溯性審核**。如果我們要進行這些審核，我們會告訴您。

## 我們收到您的服務授權請求之後會怎樣？

本保健計劃設有一個審核團隊，致力確保您獲得我們承諾的服務。該審核團隊包括醫生和護士。他們的工作是確保您請求的治療或服務具有醫療必需性並且適合您。為此，他們會對照可接受的醫療標準來核查您的治療計劃。

我們可能會決定拒絕服務授權請求，或僅批准少於您所請求額度的金額。該等決定將由合資格的醫療專業人員作出。如果我們判定您申請的服務不具備醫療必需性，將由臨床同行評審專家來作出決定。臨床同行審核員可以是通常會提供您所要求的護理的醫生、護士或醫療護理專業人員。您可請求使用特定醫療標準（稱為臨床審核標準），該標準用來就醫療必需性作出決定。

我們收到您的請求之後，將採用標準或快速通道流程對其進行審核。如果您或您的提供者認為延遲會對您的健康造成嚴重損害，您或您的提供者可請求快速通道審核。如果拒絕您的快速通道審核，我們會告訴您，而您的個案會按照標準審核流程處理。在所有情況下，我們均將按照您的病情所需，盡快審核您的請求，但不得遲於下述時間。下面是有關快速通道審核流程的更多資訊。

如果我們批准或拒絕您的請求，我們會以電話及書面方式告訴您和您的提供者。我們還將告訴您作此決定的原因。如果您不同意我們的決定，我們將說明您有什麼選項。

## 標準流程

通常情況下，若您就醫療用品或服務提出申請，我們將按照標準時限作出決定，除非我們已同意採取快速通道截止日期。

- 對事先授權請求的標準審核意味著，我們將在收到全部所需資訊後的 3 個工作日內，但不遲於收到您的請求後的 14 個曆日內給您答覆。如果您的個案是同時審核案（即您請求變更您正在獲得的服務），我們將在我們收到所有所需資訊後的 1 個工作日內作出決定，但不遲於收到您的請求後的 14 個曆日內給您答覆。
- 如果您要求延長時間，或者我們需獲取可能有利於您的資訊（如來自網絡外提供者的醫療記錄），**則可再延長至多 14 個曆日**。如果我們決定需要更多時日來作出決定，將會書面通知您需要哪些資訊以及為什麼延期對您最有利。收到必要的資訊後，我們將盡快作出決定，但不遲於我們要求提供更多資訊之日起的 14 天。
- 如果您認為我們不應花更多時日，可提出「**快速投訴**」。您提出快速投訴後，我們會在 24 小時內給您答覆。（投訴流程與服務授權和上訴流程有所不同。如需瞭解投訴流程（包括快速投訴）的更多資訊，請查看第 14 節：如果要對我們的計劃提出投訴該如何處理。）

如果我們在 14 個曆日內（或如果我們需要更多時日，則在延長期結束時）未給您答覆，您可以提出上訴。

- **如果我們同意您的部分或全部請求**，我們將對您請求的服務作出授權或為您提供所請求的物品。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們會發函通知您並在信中解釋拒絕的原因。本章後面的第 11 節：第 1 級上訴（也稱為第 1 級）解釋了如何提出上訴。

## 快速通道流程

如果您的健康狀況需要，可要求我們作出「快速服務授權」。

- 對事先授權請求的快速審核意味著，我們將在收到全部所需資訊後的 1 個工作日內，但不遲於收到您的請求後的 72 小時內給您答覆。
- 如果我們發現缺少可能有利於您的某些資訊（如來自網絡外提供者的醫療記錄），或您需要時間獲取資訊以供我們進行審核，則可再延長至多 **14 個曆日**。如果我們決定需要更多時日，將會書面通知您需要哪些資訊以及為什麼延期對您最有利。收到必要的資訊後，我們將盡快作出決定，但不遲於我們要求提供更多資訊之日起的 14 天。
- 如果您認為我們不應花費更多時日，可提出「**快速投訴**」（如需詳細瞭解投訴流程，包括快速投訴流程，請查看後面的第 14 節：如果要對我們的計劃提出投訴該如何處理。）我們在作出決定後會盡快通知您。
- 如果我們在 72 小時內（或在延長期結束前）未給您答覆，您可以提出上訴。請查看後面的第 11 節：第 1 級上訴，瞭解如何提出上訴。

**如果您的提供者告訴我們，您的健康狀況需要「快速服務授權」，我們會自動同意為您作出快速服務授權。**

如果您自行要求快速服務授權，而未獲得提供者支援，我們將判斷您的健康狀況是否需要我們為您作出快速服務授權。

如果我們判定您的病情不符合快速服務授權的規定，我們會發函通知您此事（而且我們會改用標準期限）。

- 該信函會告訴您，如果您的提供者要求快速服務授權，我們會自動為您作出快速服務授權。
- 信函中也會說明您要如何對我們給您標準服務授權（而非您所要求的快速服務授權）之決定提出「快速投訴」。（如需詳細瞭解投訴流程，包括快速投訴流程，請查看本章節後面的第 14 節：如果要對我們的計劃提出投訴該如何處理。）

**如果我們同意您的部分或全部請求**，我們必須在收到您的請求後的 72 小時內給您答覆。如果我們延長對您的醫療物品或服務請求作出服務授權所需的時間，我們將在該延長期結束之前給您答覆。

**如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出詳細的書面解釋說明拒絕的原因。如果您對我們的答覆不滿意，您有權向我們提出上訴。請查看後面的第 11 節：第 1 級上訴，瞭解更多資訊。

### **如果我們要變更您正在接受的服務**

- 在大多數情況下，如果我們決定減少、暫停或終止我們已批准且您正在接受的服務，我們必須在變更服務之前提前至少 15 天告訴您。
- 如果我們是檢查您在過去已接受的護理服務，我們會在獲得該回溯性審核所需的必要資訊後 30 天內作出有關該項護理的付款決定。若我們拒絕為服務付款，我們將在拒絕付款當日向您和您的提供者傳送通知。**即使我們隨後拒絕向提供者付款，您也無需為本計劃或 Medicaid 醫療補助承保的任何護理付費。**

**如果承保的醫院護理、居家健康護理、專業護理機構護理或綜合門診復健機構 (CORF) 服務的服務期即將結束**，您可能擁有特殊的 Medicare 聯邦醫療保險權利。有關這些權利的更多資訊，請查看 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 承保範圍說明書第 9 章。

### **如果您想對護理決定提出上訴該如何處理**

如果我們拒絕您的醫療物品或服務的承保請求，您可自行決定是否提出上訴。

- 如果我們拒絕，則您有權提出上訴並要求我們重新考慮這項決定。提出上訴意味著再次嘗試獲得您想要的醫療護理承保。
- 如果您決定提出上訴，就意味著您要進入第 1 級上訴流程（請查看下文）。

- Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 也會根據您的投訴向您說明您有哪些投訴與上訴程序可用。您可以致電會員服務部，以獲取與您的權利和您可用的選擇有關的更多資訊，電話：1-877-891-6447（聽障專線：711）。

在此過程中的任何時候，您或您信任之人還可透過致電 1-866-712-7197，就審核時間向紐約州衛生署提出投訴。

## **第 11 節 第 1 級上訴（也稱為計劃級上訴）**

---

本節中的資訊適用於您的所有 Medicare 聯邦醫療保險及大多數 Medicaid 醫療補助福利。此資訊不適用於您的 Medicare 聯邦醫療保險 D 部分處方藥福利。

某些治療和服務需要獲得批准，您才能接受治療和服務或繼續獲得治療和服務。這稱為事先授權。請求批准治療或服務稱為服務授權請求。我們已在本章第 10 節中描述了此流程。如果我們決定拒絕服務授權請求，或僅批准少於您所請求額度的金額，您將收到一份通知，稱為「綜合承保決定書」。

如果您收到「綜合承保決定書」，但不同意我們的決定，則有權提出上訴。提出上訴意味著透過要求我們再次審核您的請求來嘗試獲得所需的醫療物品或服務。

### **您可提出第 1 級上訴：**

當您第一次對一項決定提出上訴時，這稱為「第 1 級上訴」或「計劃上訴」。在此上訴中，我們會審核我們所作出的決定是否正確遵循了全部規則。您的上訴不是由作出原始不利決定的審核員處理。完成審核後，我們將告知您決定結果。在某些情況下您可申請快速上訴，詳見下文。

## 提出第 1 級上訴的步驟：

- 如果您對我們的決定不滿，您可以自「綜合承保決定書」所載明的日期起 60 天內提出上訴。如果您錯過此截止日期，並能提供充分理由，我們可給予您更多時間提出上訴。錯過截止期限的充分理由可能包括：您患有使您無法聯絡我們的重病，或我們向您提供的有關上訴請求截止期限的資訊是錯誤或不完整的。
- 如果您要就我們對您尚未接受的護理作出的承保決定提出上訴，您和/或您的提供者需要決定您是否需要「快速上訴」。
  - 取得「快速上訴」與取得「快速通道服務授權」的規定和程序是一樣的。欲要求快速上訴，請遵循要求快速通道服務授權的說明。（這些說明載於第 10 節的「快速通道流程」部分。）
  - 如果您的提供者告訴我們，您的健康狀況需要「快速上訴」，我們會讓您快速上訴。
  - 如果您的個案是同時審核案（即我們在審核您正在獲得的服務），您將自動獲得快速上訴。
- 您可自行或請您信任之人為您提出第 1 級上訴。提出第 1 級上訴時如需幫助，可以致電會員服務部，電話：1-877-891-6447（聽障專線：711）。
  - 只有您以書面方式指定的人士才能在您上訴期間代表您。如果您在上訴期間想要朋友、親戚或其他人士作為您的代表，您可填寫附於「綜合承保決定書書」上的「上訴請求表」，填寫一份「代表委任」書，或出具一封經簽字的信函，來指定您的代表人。

- 如需獲取「代表委任」書，請致電會員服務部索取。您也可以可以在 Medicare 聯邦醫療保險網站 [cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 或在我們的網站 [elderplan.org/for-members/appoint-a-representative](https://elderplan.org/for-members/appoint-a-representative) 上獲取該表格。此表格會授予該人士代表您行事的權限。您必須向我們提交一份經簽署的表格；或
- 您可以寫一封信並寄給我們。（您或信函中指定的您的代表人可以將信函寄給我們。）
- 我們不會因為您提出第 1 級上訴而對您差別對待或作出對您不利的行動。
- 您可以透過電話或書面形式提出第 1 級上訴。

### **在就您的護理決定提出上訴的同時繼續獲得服務或物品**

如果我們告訴您，我們將要停止、暫停或減少您正在獲得的服務或物品，您也許能夠在上訴期間保留這些服務或物品。

- 如果我們決定變更或終止承保您目前正在獲得的某項服務或物品，我們會在採取行動前向您寄送通知。
- 如果您不同意該行動，您可提出第 1 級上訴。
- 如果您在「綜合承保決定書」所載明的日期後 10 個曆日內，或在該行動的預定生效日期前（以較晚者為準）提出第 1 級上訴，則我們將繼續承保該服務或物品。
- 如果您遵守此截止日期要求，則您可在第 1 級上訴待決期間繼續照常獲得該服務或物品。您也將繼續照常獲得（與您的上訴無關的）所有其他服務或物品。
- **註：**如果您的提供者要求我們繼續提供您在上訴期間已經獲得的服務或物品，您可能需要指定您的服務提供者作為您的代表。

## 我們接到您的第 1 級上訴之後會怎樣

- 我們會在 15 天內寫信告訴您，我們正在處理您的第 1 級上訴。我們會告訴您我們是否需要額外資訊來作出我們的決定。
- 我們將免費向您寄送您的個案檔案副本，其中包括醫療記錄副本以及我們將用於作出上訴決定的任何其他資訊和記錄。如果您的第 1 級上訴得到快速處理，則審核此資訊的時間可能會很短。
- 未作出第一個決定的合資格醫療專業人員將決定臨床事項的上訴。至少有一名將是臨床同行審核員。
- 非臨床事項的決定將由為您作出初次決定人員的上一層級人員處理。
- 您亦可親自或以書面形式提供可用於作出決定的資訊。如果您不確定應向我們提供哪些資訊，請撥打 1-877-891-6447（聽障專線：711）聯絡我們。
- 我們將向您提供我們作出決定的原因及臨床理由（若適用）。如果我們拒絕您的請求，或僅批准少於您所請求額度的金額，我們將給您寄送一份通知，稱為「綜合承保決定書」。如果我們拒絕您的第 1 級上訴，我們會自動將您的個案傳送至下一級上訴程序。

## 「標準」上訴的時間期限

- 如果我們採用標準上訴時間期限，且如果您的上訴是關於您尚未獲得的服務的承保，我們必須在接到您的上訴後 **30 個曆日**內就請求給您答覆。
- 如果您的健康狀況需要，我們將盡快作出決定。

- 但是，如果您要求延長時間，或者我們需收集可能有利於您的更多資訊，則**可再延長至多 14 個曆日**。如果我們決定需要更多時日來作出決定，將會書面通知您需要哪些資訊以及為什麼延期對您最有利。收到必要的資訊後，我們將盡快作出決定，但不遲於我們要求提供更多資訊之日起的 14 天。
  - 如果您認為我們不應延長時間，您可以針對我們延長時間的決定提出「快速投訴」。您提出快速投訴後，我們會在 24 小時內給您答覆。
  - 如需瞭解投訴流程（包括快速投訴）的更多資訊，請查看下面的第 14 節：如果要對我們的計劃提出投訴該如何處理。
- 如果我們沒有在上述相關截止日期前（或者，如果我們使用了更多時日來處理您的醫療物品或服務請求，則在延長期結束前）回覆您，我們必須將您的請求傳送到第 2 級上訴流程。
  - 由獨立外部組織進行審核。
  - 有關該審核機構的介紹以及第 2 級上訴流程的詳細說明，請查看第 13 節：第 2 級上訴。
- **如果我們同意您的部分或全部請求**，則必須在作出決定後的 72 小時內授權或提供我們已同意提供的承保項目。
- **如果我們拒絕您的部分或全部請求**，為確保我們在拒絕您的上訴時遵守了所有規則，**我們必須將您的上訴案傳送至下一級上訴流程**。這樣，即表示您的上訴即將進入下一級上訴程序，即第 2 級。

## 「快速」上訴的時間期限

- 如果我們採用快速時間期限，則必須在**接到您的上訴後 72 小時內**給您答覆。如果您的健康狀況需要快速回覆，我們將盡快給您答覆。
- 如果您要求延長時間或者我們需收集可能有利於您的更多資訊，則可再**延長至多 14 個曆日**。如果我們決定需要更多時日來作出決定，將會書面通知您需要哪些資訊以及為什麼延期對您最有利。收到必要的資訊後，我們將盡快作出決定，但不遲於我們要求提供更多資訊之日起的 14 天。
- 如果我們在 72 小時內（或在延長期結束前）未給您答覆，則我們必須自動將您的請求傳送到第 2 級上訴流程，該流程的說明請查看後面的第 13 節：第 2 級上訴。

**如果我們同意您的部分或全部請求**，則必須在收到您上訴後的 72 小時內，授權或提供我們已同意提供的承保項目。

**如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們會自動將您的上訴傳送至獨立審核機構進行第 2 級上訴。如果您不同意我們用更多時間審核您對行動決定提出的上訴，您或您信任之人還可以向計劃提出投訴。

- 第 2 級上訴期間，獨立審核機構（稱為**行政聽審辦公室**）將審核我們對第一次上訴作出的決定。該機構將決定是否應變更我們作出的決定。
- 有關該機構的介紹以及第 2 級上訴流程的詳細說明，請查看後面的第 13 節：第 2 級上訴。

**在此過程中的任何時候**，您或您信任之人還可透過致電 1-866-712-7197，就審核時間向紐約州衛生署提出投訴。

## 第 12 節 僅針對 Medicaid 醫療補助的外部上訴

您或您的醫生只能針對 Medicaid 醫療補助承保的福利提出外部上訴。

如果計劃由於以下原因而決定拒絕承保您和您的醫生請求的醫療服務，您可以要求紐約州政府給予獨立的外部上訴：

- 不具有醫療必需性；
- 屬於試驗或研究性質；
- 與您可以從計劃網絡中獲得的護理並無不同；或
- 可由網絡內提供者（接受過適當訓練且具有相應經驗，能滿足您的需求）提供。

之所以稱為「外部上訴」，是因為該上訴由並非為該保健計劃或該州工作的審核員作出決定。這些審核員皆為經紐約州核准的合資格人員。服務必須在計劃的福利包內或屬於試驗性治療。您無需支付任何外部上訴費用。

### 在您向州一級提出上訴之前：

- 您必須向計劃提出第 1 級上訴且得到計劃的最終不利決定；或
- 如果您沒有獲得服務並且要求快速上訴，則可以同時請求加急外部上訴。（您的醫生必須證明加急上訴屬必需）；或
- 您和計劃可同意跳過計劃的上訴流程，直接進入外部上訴；或
- 您可證明計劃在處理您的第 1 級上訴時並未正確遵循相關規則。

在收到本計劃的最終不利決定之後，您有 **4 個月** 時間提出外部上訴要求。如果您與本計劃都同意跳過本計劃的上訴程序，您必須在達成協議後的 4 個月以內提出外部上訴。

若要申請外部上訴，請填寫申請表並傳送至財政服務部。

- 提出上訴時如需幫助，可以致電會員服務部，電話：1-877-891-6447（聽障專線：711）。
- 您和您的醫生必須提供與您的醫療問題相關的資訊。
- 外部上訴申請表將列明所需的資訊。

**以下是獲得申請表的幾種方式：**

- 致電財政服務部，電話：1-800-400-8882。
- 進入財政服務部網站：[dfs.ny.gov](https://dfs.ny.gov)。
- 聯絡保健計劃，電話：1-877-891-6447（聽障專線：711）。

審核員者將在 30 天內就您的外部上訴作出決定。若外部上訴審核員要求提供更多資訊，則可能需要更多時間（最多增加五個工作日）。審核員將在作出決定後的兩天內，將最終決定告知您及本計劃。

如果您的醫生表示延遲將會嚴重損害您的健康，那麼您可以較快獲得決定。這稱為加急外部上訴。外部上訴審核員將在 72 小時內就加急上訴作出決定。審核員會立即以電話或傳真方式將相關決定告訴您和本計劃。審核員稍後也將寄信告知您決定結果。

**在此過程中的任何時候，您或您信任之人還可透過致電 1-866-712-7197，就審核時間向紐約州衛生署提出投訴。**

## 第 13 節 第 2 級上訴

本節中的資訊適用於您的所有 Medicare 聯邦醫療保險及大多數 Medicaid 醫療補助福利。此資訊不適用於您的 Medicare 聯邦醫療保險 D 部分處方藥福利。

如果我們拒絕您的第 1 級上訴，您的個案將自動傳送至下一級上訴程序。第 2 級上訴期間，行政聽審辦公室將審核我們對第 1 級上訴作出的決定。該機構將決定是否應變更我們作出的決定。

- 行政聽審辦公室是紐約州的一個獨立機構。該機構與我們並無關聯。Medicare 聯邦醫療保險和 Medicaid 醫療補助負責監督其工作。
- 我們將向該機構傳送有關您的上訴的資訊。該資訊稱為您的「個案檔案」。您有權向我們免費索取一份個案檔案副本。
- 您有權向行政聽審辦公室提供額外資訊，以支援您的上訴。
- 行政聽審辦公室的審核員將仔細地檢查與您的上訴有關的所有資訊。行政聽審辦公室將與您聯絡，安排舉行聽證會。
- 如果按照標準時間期限等候決定會對您的健康造成嚴重傷害，且您就此對我們計劃提出的第 1 級上訴為快速上訴，您的第 2 級上訴也將自動劃為快速上訴。審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後的 72 小時內給您答覆。
- 如果行政聽審辦公室需要收集可能有利於您的更多資訊，則可再延長至多 14 個曆日。

**如果您的第 1 級上訴為「標準」上訴，您的第 2 級上訴也將為「標準」上訴**

- 如果您在第 1 級時已獲得對本計劃的標準上訴，您第 2 級時便會自動得到標準上訴。
- 審核機構必須在收到您的第 2 級上訴後的 **90 個曆日內** 給您答覆。

- 如果行政聽審辦公室需要收集可能有利於您的更多資訊，則可再延長至多 14 個曆日。

如果您在提出第 1 級上訴時符合繼續獲得福利的資格，那麼您在第 2 級上訴期間仍可繼續享受上訴涉及的服務、物品或藥物的福利。請轉到第 33 頁，瞭解關於在第 1 級上訴期間繼續享受福利的資訊。

**行政聽審辦公室將以書面形式告知他們的決定，並說明原因。**

- 如果行政聽審辦公室同意您的部分或全部請求，則我們必須在獲得行政聽審辦公室決定後的一個工作日內授權該項服務或為您提供物品。
- 如果行政聽審辦公室拒絕您的部分或全部上訴，則表明他們同意本計劃的決定，即您的醫療護理承保請求（或部分請求）應不予批准。（這稱為「維持原決定」，也稱為「駁回上訴」。）

**如果行政聽審辦公室拒絕您的部分或全部上訴，您可選擇是否希望進一步上訴。**

- 在上訴流程中，第 2 級上訴後仍有兩個級別的上訴（共四個上訴級別）。
- 如果第 2 級上訴遭到駁回，您必須決定是否要繼續提出第三次上訴，進入第 3 級上訴流程。有關如何處理的詳細資訊，請查看第 2 級上訴後收到的書面通知。
- Medicare 聯邦醫療保險上訴委員會負責處理第 3 級上訴。此後，您可能有权要求聯邦法院審核您的上訴。
- 您從 Medicare 聯邦醫療保險上訴委員會獲得的有關 Medicaid 醫療補助福利的決定將是最終決定。

在此過程中的任何時候，您或您信任之人還可透過致電 1-866-712-7197，就審核時間向紐約州衛生署提出投訴。

## 第 14 節 如果要對我們的計劃提出投訴該如何處理

本節中的資訊適用於您的**所有** Medicare 聯邦醫療保險及 Medicaid 醫療補助福利。此資訊不適用於您的 Medicare 聯邦醫療保險 D 部分處方藥福利。

我們希望我們的計劃能讓您滿意。如果您對從我們的員工或提供者處獲得的護理或治療有疑問，或您不滿意我們為您提供的護理或服務，請致電 1-877-891-6447（聽障專線：711）聯絡會員服務部或致函會員服務部。

**「提出投訴」的正式名稱為「提出申訴」。**

您可請求您信任之人為您提出投訴。若您因聽力或視力障礙而需要我們的幫助，或者若您需要翻譯服務，我們均可為您提供幫助。我們不會因為您提出投訴而對您不利或作出針對您的任何行為。

### 如何提出投訴：

**一般情況下，請先致電會員服務部。**如需採取任何行動，會員服務部將會告知您，請致電 1-877-891-6447（聽障專線：711）瞭解，服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。

如果不願致電（或已致電，但並不滿意），**可書面列明投訴事項後寄送給我們。**如果您進行書面投訴，我們也會以書面形式回覆您的投訴。您可透過致函向我們提出投訴，或者撥打會員服務部電話號碼。如果您寫信給我們，請寄往：6323 Seventh Avenue, Brooklyn, NY 11220。

要透過電話向計劃提出投訴，請致電會員服務部，電話：1-877-891-6447（聽障專線：711），服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。如果您在下班時間聯絡我們，請留言。我們將於下一個工作日給您回電。如果我們需要更多資訊作出決定，我們會通知您。

**不論是致電或寫信，都應立即聯絡會員服務部。**在遇到您想要投訴的問題後，您隨時可以提出投訴。

## 接下來會怎樣：

如有可能，我們將立即答覆您。如果您致電提出投訴，我們可能會在接聽來電的當時立即給予答覆。如果您的健康狀況需要快速回覆，我們會盡快答覆。

我們會在 30 個曆日內對大多數投訴給予答覆。

如果您是因為我們拒絕您的「快速服務授權」或「快速上訴」請求而提出投訴，我們會自動讓您「快速」投訴。如果提出「快速」投訴，即表示我們會在 24 小時內給予答覆。

如果我們需要更多資訊，且出於您的最佳利益考慮或您要求延長時間，我們可再延長至多 14 個曆日（共 44 個曆日）答覆您的投訴。如果我們決定延長時間，將書面通知您。

不過，如果您已要求我們給予服務授權或已提出上訴，但您認為我們回應的速度不夠快，您也可以對我們回應緩慢一事提出投訴。

以下是您何時可提出投訴的示例：

- 如果您要求我們為您提供「快速服務授權」或「快速上訴」但被我們拒絕。
- 如果您認為我們沒有在期限內為您提供服務授權或對您提出的上訴給予答覆。
- 在審核我們作出的服務授權後，我們被告知我們必須在一定期限內為您提供某些醫療服務或藥物或為您提供報銷，但您認為我們沒有在期限內做到。
- 如果我們沒有及時給您作出決定，也沒有在規定的期限內將您的個案轉給行政聽審辦公室。

如果我們不同意您的部分或全部投訴，或不負責您所投訴的問題，則會向您說明。我們的回應包括給予相關答覆的理由。不論是否同意投訴，均必須回覆。

## **投訴上訴**

如果您不同意我們就您有關 Medicaid 醫療補助福利的投訴所作出的決定，您或您信任之人可向計劃提出投訴上訴。

### **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 個工作日的時間提出投訴上訴；
- 您可自行或請您信任之人為您提出投訴上訴；
- 您必須以書面形式提出投訴上訴。
  - 如果您透過電話提出上訴，隨後必須提交書面上訴。
  - 在您致電後，我們會向您寄送匯總您的電話上訴內容的表格。
  - 如果您同意我們的匯總，您必須簽字并將表格返還給我們。在將表格返還我們之前，您可作出任何必要的變更。

### **我們收到您的投訴上訴之後會怎樣：**

收到您的投訴上訴後，我們將在 15 個工作日內向您發函。該信函將告訴您：

- 處理您的投訴上訴的人；
- 此人的聯絡方式；
- 我們是否需要更多資訊。

一個或多個合資格人員將審核您的投訴上訴。這些審核員的級別高於對您的投訴作出第一個決定的審核者。

如果您的投訴上訴涉及臨床問題，則一名或多名合資格的醫療專業人員將審核您的個案。他們中至少有一個是臨床同行審核員，該審核員未參與對您的投訴的第一個決定。

我們將在掌握所需的全部資訊後 30 個工作日內告訴您我們的決定。若延遲會威脅您的健康，則您將在我們掌握決定上訴所需的全部資訊後 2 個工作日內得知我們的決定。我們將向您提供我們作出決定的原因及臨床理由（若適用）。

**如果您仍然不滿意，您或您的代表可致電 1-866 712-7197，隨時向紐約州衛生署提出投訴。**

### **參保者監察官**

參保者監察官是一個獨立的機構，負責向紐約州的長期護理接受者提供免費的監察官服務。這些服務包括但不限於：

- i. 提供參保前支援，例如公正的保健計劃選擇諮詢和一般的計劃相關資訊；
- ii. 收集有關參保、獲取服務以及其他相關事宜的會員投訴與疑慮；
- iii. 幫助會員瞭解保健計劃內及州層面的公平聽證、投訴以及上訴權利與程序，並在需要/請求時協助他們完成相關程序，其中包括記錄計劃及提供者的請求；以及
- iv. 通知計劃及提供者與承保計劃福利有關的社區資源和支援。

此時，參保者監察官是獨立消費者倡權網絡 (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN)，這是一個獨立的消費者權益組織網絡。ICAN 可以為長期護理會員解答有關會員權利、Medicare 聯邦醫療保險、Medicaid 醫療補助以及長期護理服務的問題。ICAN 還可協助會員解決有關獲取護理的任何問題，以及提出上訴與投訴。

### **ICAN 聯絡資訊：**

您可撥打免費電話 1-844-614-8800（聽障專線：711）或瀏覽 [icannys.org](http://icannys.org) 聯絡 ICAN。

### **DOH 聯絡資訊**

若您的需求無法在計劃內解決，您還可聯絡紐約州衛生署，隨時提出投訴：

**NYS Department of Health  
Bureau of Managed Long Term Care  
Suite 1620, One Commerce Plaza  
99 Washington Avenue  
Albany, NY 12210  
1-866-712-7197**

### **DFS 聯絡資訊：**

您也可以聯絡紐約州財政服務部：

**NYS Department of Financial Services  
Consumer Assistance Unit  
One Commerce Plaza  
Albany, NY 12210  
1-800-342-37367**

### **紐約州衛生署資訊：**

若 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 無法解決您的投訴或問題，還可撥打 1-866 712-7197 聯絡紐約州衛生署，隨時提出投訴。

## 第 15 節 取消參保 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃

---

我們將始終秉承公平與尊重的原則為您服務。我們的計劃必須遵守保護您不遭受歧視或不公平待遇的法律。我們不會因種族、族群、民族血統、宗教、性別、年齡、身心殘障、健康程度、索賠經歷、病史、基因資訊、可保性證明或在服務區內的地理位置而歧視任何人。

如需關於歧視或不公平待遇的詳細資訊或對此有任何疑問，請致電 1-800-368-1019（聽障專線：1-800-537-7697），聯絡衛生與公眾服務部民權辦公室，或致電您當地的民權辦公室。

如果您身體殘障並需要幫助以獲取護理，請致電會員服務部：1-877-891-6447（聽障專線：711）。若您想針對無障礙通道等問題進行投訴，可聯絡會員服務部。

### 您可以選擇取消參保

您可以隨時出於任何理由要求退出 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃。要申請取消參保，請致電：

- 根據收到您的申請的時間，Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 會員服務部可能需要最多六週時間進行處理，電話：1-877-891-6447（聽障專線：711）。

由於紐約的 Medicaid 醫療補助按服務付費計劃不再承保社區長期護理服務，如果您要取消參保 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP)，但仍需要社區長期護理服務，紐約州可能會要求您加入管理式長期護理計劃 (MLTCP) 或服務豁免計劃以繼續獲得這些服務。

如果您符合以下條件，將必須退出 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃：

- 不再參保 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 獲取您的 Medicare 聯邦醫療保險。
- 需要療養院護理，但不符合獲得 Medicaid 醫療補助公共機構福利的資格。
- 不再擁有完整 Medicaid 醫療補助承保。
- 連續超過 30 天不在計劃服務區內。
- 使用紐約州衛生署規定的評估工具，在任何綜合評估時確定您不再符合療養院級護理資格，除非 Elderplan（長老計劃）或 LDSS 或州指定的機構同意，有理由認為終止 Elderplan（長老計劃）所提供的服務會使您在未來六個月內符合療養院級護理資格（由州衛生署指定的評估工具確定）。Elderplan（長老計劃）應在作出綜合評估後 5 個工作日內，向 LDSS 或州指定的機構提供其評估結果及繼續參保或取消參保之建議。
- 被捕入獄。
- 參加了一項居家與社區服務豁免計劃，或者加入了發育障礙人士服務辦公室或酗酒與濫用藥物服務辦公室的計劃或入住這些機構監管的醫療設施。

### **我們可以要求您退出計劃**

如果出現以下原因，我們將要求您退出 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 強化型 Medicaid 醫療補助優勢計劃：

- 若您或您的家庭成員，或非正式的照護者有嚴重妨礙 Elderplan（長老計劃）為您或其他會員提供服務之舉止或行為。
- 若您未能在欠付的 Medicaid 醫療補助盈餘金額到期後 30 天內向 Elderplan（長老計劃）付款或者作出令其滿意的付款安排。
- 若在關於您的會員資格的任何實質性方面，您提供偽造的資訊給

Elderplan（長老計劃），或試圖欺騙 Elderplan（長老計劃），或有任何詐欺行為。

- 若您不填寫和提交任何必要的同意書或授權書。

## 第 16 節 權利與責任

---

作為 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 的會員，您擁有以下權利：

1. 接受具有醫療必需性的護理。
2. 及時獲取護理和服務。
3. 有關您的醫療記錄及接受治療的時間的隱私權。
4. 取得以您所能理解之方式及語言提供的可用治療方案和替代方案的資訊。
5. 取得以您所能理解之語言提供的資訊；您可免費獲得口譯服務。
6. 在治療開始前取得簽署知情同意書必需的資訊。
7. 受到尊重及維持尊嚴。
8. 取得您的醫療記錄的副本，並要求修訂或更正該記錄。
9. 參與關於您的健康護理的決定，包含拒絕治療的權利。
10. 不受任何作為脅迫、紀律處罰、便利性或報復手段使用的限制或隔離。
11. 獲得護理，不分性別、種族、健康狀況、膚色、年齡、國籍、性向、婚姻狀況或信仰。
12. 獲告知在何處、於何時以及如何從 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 獲取您所需的服務，包括您可如何從網絡外提供者獲取承保福利（若計劃網絡內未予提供）。
13. 向紐約州衛生署提出投訴。請查看列於第 50 頁的聯絡資訊。

14. 向您當地的社會服務部門提出投訴，並有權使用紐約州公平聽證系統。
15. 指定他人就護理與治療方面的問題代表您發表意見。
16. 對您的護理作出預立醫療指示與規劃。

## 會員責任

要獲得參保 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 的最大福利，您須履行以下責任：

### 1. 積極參與您的護理和護理決定

- 與您的醫生和護理團隊就健康和護理坦誠交流。
- 透過提問確保您理解自己的服務計劃，並考慮不遵循服務計劃的後果。您的護理計劃和對護理計劃的變更將作為我們每月護理管理通話的一部分進行討論和記錄。
- 在護理決定中分享意見，並繼續為您自己的健康負責。
- 按計劃完成自我護理。
- 進行預約，並且在需要變更預約時通知相關團隊
- 除緊急情況外，都要使用 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 網絡內提供者獲取護理。
- 如果您從其他醫療服務提供者處接受健康服務，通知 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP)。
- 向我們發出書面或電話請求來參與政策制定。

### 2. 支持 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP)

- 透過以下方式恰當表達意見、疑慮和建議，包括但不限於向您的護理團隊表達，或透過 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 上訴和投訴程序表達。

- 查閱會員手冊並遵循獲取服務的程序。
- 尊重參與您的護理的所有其他人員的權利並保障其安全，協助 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 維持安全的居家環境。
- 將以下任何資訊通知您的 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 護理團隊；
  - 若您即將離開服務區
  - 若您已搬離或換了新的電話號碼
  - 若您已更換醫療服務提供者
  - 可能會影響我們提供護理的能力的任何情況變更

## 第 17 節 預立醫療指示

---

您有權瞭解您的治療方案及參與決定您的醫療護理。

您前往接受醫療護理時，有權向您的醫生和其他醫療服務提供者瞭解完整資訊。您的提供者必須以您可理解的方式，說明您的病情及治療選擇方案。

您也有權完全參與您的醫療護理決定。為幫助您與醫生一起決定哪項治療方案最適合您，您擁有以下權利：

- **瞭解您的所有選擇方案。**這表明，您有權瞭解所有針對您的病情建議的所有治療方案，無論這些方案須支付多少費用或這些方案是否獲我們的計劃承保。其中也包含瞭解我們計劃所提供之協助會員管理藥物與安全用藥的計劃。
- **瞭解風險。**您有權瞭解您的護理中涉及的任何風險。如果任何建議的醫療護理或治療是研究試驗的一部分，醫生必須事先向您說明。您完全有權拒絕任何試驗性治療。

- **有權「拒絕」**。您有權拒絕任何建議的治療。這包括有權離開醫院或其他醫療機構，即使您的醫生建議您不要離開。您有權停止服藥。當然，如果您拒絕治療或停止服藥，您需對身體因此出現的情況負全部責任。
- **如果被拒絕承保護理，您有權收到解釋**。如果醫療服務提供者拒絕您認為應享有的護理，您有權要求我們作出解釋。如想獲得解釋，您需要我們作出承保範圍決定。

### 您有權說明在您無法自行作出醫療決定時的處理方式。

有時，有些人可能會因為事故或重病而無法自行作出醫療護理決定。您有權說明出現這些情況之一時希望採取的處理方式。這表明，您可酌情：

- **填寫書面表格，賦予某人合法權利**，以在您不能自行決定時，代您作出醫療決定。
- **向您的醫生提供書面指示**，說明您希望他們在您無法自行決定的情況下，如何處理您的醫療護理。

這些情況下，您可以用來事先作出指示的法律文件稱為「預立醫療指示」。預立醫療指示有多種類型及多種名稱，「生前遺囑」和「醫療護理授權書」是常見的預立醫療指示。

如果您想使用預立醫療指示來進行說明，程序如下：

- **獲取表格**。如果想作出預立醫療指示，可從您的律師、社會工作者或某些辦公用品商店獲取表格。有時，您可從向公眾提供 Medicare 聯邦醫療保險資訊的機構索取預立醫療指示表格。您還可聯絡會員服務部索取相關表格。
- **填好表格並簽名**。無論從何處獲取此表格，均請切記該表格屬於法律文件。您應考慮請一位律師幫您編製該文件。

- **將副本交給適當人士。** 您應將表格副本交給您的醫生以及您在表格中列出的在您不便時代您做決定的人士。您也可以把副本交給您的好友或家人。請務必在家中保留一份副本。

如果您事先知曉即將住院，且曾簽署預立醫療指示，**請將副本帶至醫院。**

- 如果您獲准住院，醫院會詢問您是否已簽署預立醫療指示表格以及是否攜帶。
- 如果您尚未簽署預立醫療指示表格，醫院可提供表格並詢問您是否希望簽署。

**請記住，是否願意簽署預立醫療指示是您的自由**（包括住院時是否願意簽署）。依據法律，任何人均不得根據您是否已簽署預立醫療指示，而拒絕為您提供護理服務或歧視您。

## **第 18 節 應要求提供的資訊通知**

---

會員透過提出申請可獲得以下資訊：

- Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 董事會成員、管理人員、控股合作夥伴以及所有人或合作夥伴的姓名、辦公地址和職位。
- Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 最新的經認證年度財務報表，包含由註冊會計師編製的資產負債表及收支摘要。
- 與會員投訴相關的資訊以及關於投訴和上訴的資訊彙總。
- 保護醫療記錄和其他會員資訊機密性的 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 程序。
- Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 品質保證計劃的組織安排和進行中程序的書面說明。

- Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 就屬於試驗或研究性質的個別藥物、醫療器械或臨床試驗治療作出決定之後的程序說明。
- 應書面請求提供的、與特定症狀或疾病相關的書面臨床審核標準，以及適當情況下，Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 可能在其利用情況審核中考慮的其他臨床資訊，但前提是此類資訊是 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 的專有資訊，會員或準會員應僅出於協助其評估 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 提供的承保服務之目的使用該等資訊。
- 個人保健執業醫生與網絡內醫院和其他機構的隸屬關係資訊。
- 網絡內提供者的執照、認證和認可狀態。
- Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 將要考慮的書面申請、程序和醫療服務提供者的最低資格要求；和/或
- 根據《州教育法》第 8 條，持照、註冊或認證醫療護理專業人員關於教育、機構隸屬關係以及參與由衛生署開展的臨床績效審核的資訊。

### **免責聲明資訊：**

自 2024 年 1 月 1 日起，福利、處方藥一覽表、藥房網絡、保費和/或定額手續費/共同保險費可能會有所調整。

完全符合雙重資格的會員無需支付 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分保費。

符合資格的受益人隨時都可以參保。請聯絡 Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 瞭解更多資訊。

本資訊亦可以其他語言免費提供。更多資訊請聯絡我們的會員服務部，電話號碼是 1-877-891-6447。(聽力語言殘障人士請致電 TDD/TTY 711)。服務時間每週七天，每天上午 8 時至下午 8 時。會員服務部可為不能講英語的人士提供免費口譯服務。

此資訊可以不同形式提供，包括譯成西班牙語與中文，盲文，及大字印本。如果您需要以其他形式或語言的計劃資料，請致電上列的會員服務部電話號碼。

### Elderplan Plus Long-Term Care 會員服務部

方法	會員服務部 — 聯絡資訊
致電	1-877-891-6447 撥打此號碼是免費的。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天 會員服務部還為不說英語的人士提供免費的翻譯服務。
聽障專線	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。 撥打此號碼是免費的。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天
傳真	718-759-3643
寫信	Elderplan, Inc. Attn: Member Services 6323 7th Avenue Brooklyn, NY 11220
網站	<b>elderplan.org</b>

### 健康保險資訊、諮詢及援助計劃 (HIICAP) 紐約州 SHIP

健康保險資訊、諮詢及援助計劃(HIICAP)是一個由聯邦政府出資為 Medicare 聯邦醫療保險受保人提供本地免費健康保險諮詢的州計劃。

方法	會員服務部 — 聯絡資訊
致電	1-800-701-0501
聽障專線	711 撥打此號碼要求使用專用電話設備，並且僅面向聽力或語言有障礙的人士。

方法	會員服務部 — 聯絡資訊
寫信	Health Insurance Information Counseling and Assistance Program 2 Lafayette Street, 7th Floor New York, NY 10007-1392
網站	<a href="https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance">aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance</a>

## Elderplan, Inc. 隱私條例通知

生效日期：9/1/2020

**本通知說明與您相關的健康資訊的使用和披露方式以及您如何獲取相關資訊。請仔細閱讀本通知。**

本通知概述 Elderplan Inc（「計劃」）、其員工、醫療工作人員及其他醫療專業人員的隱私條例。我們可能會為了本通知內所述的目的，包括為了計劃的管理活動，互相分享關於您的健康資訊（「PHI」或「健康資訊」）。

計劃致力於對會員的受保護健康資訊（「PHI」）保密。PHI 是指：

(1) 識別您的身份（或可合理用於識別您的身份）的資訊；以及 (2) 與您的身體或精神健康或狀況、向您提供醫療護理或該等護理的支付相關的資訊。

### 我們的義務

- 法律要求我們對您的 PHI 保密並確保其安全。
- 如果發生可能損害您資訊隱私或安全性的違規行為，我們將立即通知您。
- 我們必須履行本通知所述的義務及隱私條例，並向您提供通知的副本。
- 除非您以書面形式授權給我們，否則我們不會在此處所描述的範圍之外使用或共享您的資訊。如果您同意我們這麼做，您也可以隨時改變您的決定。如果您改變您的決定，請書面通知我們。

## **我們會如何使用和披露健康資訊**

以下類別說明了我們可能使用及披露健康資訊的不同方式。下面並未列出某個類別中允許的每一種使用或披露，但各個類別提供了法律允許的使用和披露的範例。

**付款。**我們可能會使用和披露健康資訊流程，並支付由您或醫生、醫院及其他醫療服務提供者針對為您提供的服務提交給我們的索賠。例如，其他付款目的可能包括使用健康資訊確定福利資格、福利協調、保費收取及醫療必需性。我們亦可能為付款目的或為偵測或預防醫療護理詐欺或濫用，與向您或曾向您提供保險的另一保健計劃共享您的資訊。

**醫療保健營運。**我們可能為醫療保健營運（即營運計劃中涉及的管理活動）而使用和披露健康資訊。例如，我們可能會使用健康資訊來營運和管理有關提供和管理您的醫療保健承保或解決申訴的業務活動。

**治療。**我們可能會與您的醫療保健提供者（藥房、醫生、醫院等）分享您的健康資訊，幫助他們為您提供服務。例如，如果您住院，我們可能會披露由您的醫生傳送給我們的資訊。

**預約提醒、替代治療方案以及健康相關福利和服務。**為了聯絡您，我們可能會使用和披露健康資訊，以提醒您跟我們或您的醫療服務提供者有預約/約診。我們可能還會為了告訴您治療方案、替代方案、健康相關福利或您可能感興趣的服務而使用和披露健康資訊。

透過向我們提供某些資訊，您明確同意計劃及其業務合作夥伴可使用某些資訊（例如您的家庭/工作/行動電話號碼和電子郵件），就諸如跟進預約、收取欠款和其他營運事務之類的事務聯絡您。您同意，可透過您提供的資訊以及透過使用預錄/人工語音訊息和使用自動/預測撥號系統聯絡您。

**參與您的護理或參與為您的護理付款的人員。**我們可能向參與您的醫療護理或幫助支付您的護理費用的個人（如家人或朋友）披露健康資訊。我們可

能還會向其透露您的位置或總體狀況，或向協助救災工作的實體披露該等資訊。在上述情況下，我們只會分享與此人參與您的醫療護理或相關醫療付款直接有關的健康資訊。

**個人代表。**我們可能會向您的個人代表（如有）披露您的健康資訊。個人代表具有代表您對您的醫療護理或醫療付款作出決定的法定權力。例如，我們可能會向永久授權書的受託人或者您的法定監護人披露您的健康資訊。

**研究。**在某些情況下，作為一個展開研究的組織，我們可能會為了研究目的而使用和披露健康資訊。例如，一項研究專案可能涉及比較接受一種藥物或治療的所有會員與針對相同病症接受另一種藥物或治療的會員的健康和恢復狀況。為研究目的而使用或披露健康資訊之前，我們將對專案展開一項特殊的批准流程。此流程會評估提議的研究專案及其健康資訊的用途，並在研究的益處與健康資訊的機密性之間取得平衡。我們還會允許研究人員查看記錄，幫助他們識別可參加其研究專案的會員或為其他相似目的。

**籌款活動。**為了籌款支援計劃和正在與我們展開聯合籌款專案的其他非營利實體，我們可能會使用或披露您的人口統計資訊（如姓名、地址、電話號碼和其他聯絡資訊）、為您提供醫療護理的日期、您的醫療護理狀態、為您提供服務的部門和醫生以及您的治療結果資訊來聯絡您。我們還可能向相關基金會或業務合作夥伴披露您的健康資訊，以便他們聯絡您為我們籌款。如果我們確實為籌款目的使用或披露您的健康資訊，您將被告知您有權選擇不接收未來的籌款通訊。

## 特殊情況

除上述情況之外，我們可能在以下特殊情況下使用和披露健康資訊。我們必須滿足法律規定的眾多條件才能出於這些目的披露您的資訊。若要瞭解更多資訊，請瀏覽：[hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](https://hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)。

**遵守法律要求。**我們將根據國際、聯邦、州或當地法律的要求披露健康資訊。

**避免對健康或安全造成嚴重威脅。**為了阻止或減輕對您、公眾或他人的健康和安全的嚴重威脅，在必要時我們可能會使用或披露健康資訊。但是，我們只會向我們認為能夠幫助阻止威脅的人披露。

**業務合作夥伴。**我們可能會向代表我們提供服務的業務合作夥伴披露該等服務所需的健康資訊。例如，我們可能會使用另一家公司代表我們進行收費服務。根據與我們簽訂的合約，我們的業務合作夥伴有責任對您的資訊保密並且不得使用或披露我們與其的合約所載之外的任何資訊。

**器官及組織捐贈。**如果您是器官捐贈者，必要時我們可能會向處理器官勸募或器官、眼睛或組織移植的組織或器官捐贈庫披露健康資訊，以促進器官或組織捐贈和移植。

**軍人和退伍軍人。**如果您是軍人，我們可能會根據軍事指揮當局的要求披露健康資訊。如果您是外國軍隊的成員，我們還可能向適當的外國軍事當局披露健康資訊。

**勞工賠償。**我們可能會根據有關勞工賠償或類似計劃的法律之授權，或在遵守該等法律所必需的範圍內披露健康資訊。這些計劃為工作相關的傷病提供福利。

**公共衛生風險。**我們可能會為公共衛生活動披露健康資訊。這些活動一般包括預防或控制疾病、受傷或殘障；報告出生和死亡情況；報告兒童虐待或忽視；報告對藥物的反應或產品問題；通知人們其所用產品的召回；追蹤某些產品和監視其使用和有效性；如法律授權，通知可能暴露於某種疾病或可能有接觸或傳播某種疾病或病症的風險的人；以及在有關工作場所疾病或受傷的某些有限情況下對我們的設施進行醫學監察。如果我們認為某位會員受到虐待、忽視或家庭暴力，我們還可能向適當政府機構披露健康資訊；但是，我們將僅在該會員同意或法律要求或授權我們時披露此資訊。

**衛生監管活動。**我們可能會向健康監管機構披露健康資訊以用於法律授權的活動。這些監管活動包括對設施和提供者的稽核、調查、檢查和發證等。政府有必要透過這些活動來監管醫療保健體系、政府計劃以及對民權法的遵循情況。

**訴訟和法律行動。**我們可能會披露健康資訊，以回應法院或行政命令，或回應傳訊、調查請求或其他涉及法律訴訟的其他人的合法程序，但前提是已盡力告知您有關該請求的資訊或獲得保護所請求資訊的命令。

**執法。**在執法官員要求時，我們可能會如下披露健康資訊：

- (1) 回應法院命令、傳訊、令狀、傳喚或類似程序；
- (2) 披露有限資訊以識別或找到疑犯、逃犯、重要證人或失蹤者；
- (3) 關於犯罪行為的受害者，如果在某些有限的情況下，我們無法獲得該人士的同意；
- (4) 關於我們認為可能因犯罪行為導致的死亡；
- (5) 關於在我們的辦公場所進行的犯罪行為的證據；以及
- (6) 在緊急情況下報告犯罪活動、犯罪活動或受害者的位置、或犯罪人員的身份、描述或定位。

**驗屍官、法醫或葬禮承辦人。**我們可能會向驗屍官或法醫披露健康資訊。在某些情況下，這可能是必需的，例如為了確定死因。我們還可能向葬禮承辦人披露履行其職責所必需的健康資訊。

**國家安全和情報活動。**我們可能會向授權的聯邦官員披露健康資訊以進行法律授權的情報、反情報及其他國家安全活動。

**總統和他人的安保服務。**我們可能會向授權的聯邦官員披露健康資訊，以便他們為總統、其他授權人員或外國領導人提供保護或展開特殊調查。

**囚犯或拘留人員。**對於身處懲教所或被執法人員拘留的囚犯，我們可能會向適當的懲教所或執法人員披露健康資訊。僅在以下目的有必要時才會進行披露：(1) 懲教所為您提供醫療護理；(2) 保障您或他人的健康和 safety；或(3) 為了懲教所的安全。

**其他使用及披露限制。** 某些類型的健康資訊，包括但不限於與酒精和藥物濫用、精神健康治療、基因有關的資訊以及機密 HIV 相關資訊，在披露前需要書面授權並且根據紐約州法律或其他聯邦法律需遵守單獨的特殊隱私保護，以使此通知的部分內容不適用。

對於遺傳資訊，我們將不會出於核保目的使用或分享您的遺傳資訊。

如果本通知中的上述健康資訊使用或分享方式受到適用於我們的其他法律的禁止或其他限制，我們的政策是遵循更嚴格的法律所做的規定。

### **需要書面授權的使用和披露**

在上述之外的情況下，我們在使用或披露關於您的個人資訊之前將請求您的書面授權。例如，在以下情況中，我們將獲得您的授權：

- 1) 出於與您的福利計劃無關的行銷目的，
- 2) 披露任何心理治療記錄之前，
- 3) 與出售您的健康資訊有關，以及
- 4) 出於法律規定的其他目的。例如，州法律還要求我們在使用或披露與 HIV/AIDS、藥物濫用或精神健康資訊有關的資訊之前取得您的書面授權。

您有權撤銷任何該等授權，但是在某些情況下，例如我們已根據您的授權採取行動，則無法撤銷授權。

### **您的權利**

**對於我們保存的關於您的健康資訊，您有以下權利且受某些限制的約束 — 所有申請必須以書面形式提出：**

**請求限制的權利。** 您有權申請限制我們為治療、付款或醫療保健營運使用或披露的健康資訊。您有權申請限制我們向參與您的護理或護理費用支付的人

員（如家人或朋友）披露的關於您健康資訊。我們不一定會同意您的申請，如果您的申請影響對您的治療，我們可能會予以拒絕。如果我們同意您的申請，我們將遵守您的申請，除非在某些緊急治療情況下我們需要使用該資訊。

**請求保密通訊的權利。**如果您明確表示披露您的全部或部分健康資訊可能會對您造成危害，您有權請求我們以平常通訊方式之外的某種方式或在某個位置與您通訊。例如，您可以要求我們只透過向郵政信箱（而不是您的家庭地址）傳送郵件來聯絡您，或者您可能希望使用其他電話號碼來接聽電話。您的申請必須採用書面形式，並指定您希望採用的聯絡方式或地點。

**檢查和複製的權利。**您有權檢查和收到我們的記錄中用於作出關於您的參保、護理或護理費用支付的決定的健康資訊，包括電子健康記錄中保存的資訊。如果您想查閱這些記錄或獲得這些記錄的副本，必須提出書面要求。我們可能會收取影印及郵寄這些記錄的合理成本費。我們可能會拒絕您對特定資訊的存取。若是如此，我們將向您提供書面解釋。我們還將解釋您可以如何對該決定提出上訴。

**請注意，記錄的紙質或電子副本可能需要您付費。**

**修正的權利。**如果您認為我們保存的健康資訊不正確或不完整，您可要求我們進行修正。只要資訊由我們或為我們保存，您就有權申請修正。您必須告訴我們您的申請理由。

我們可能會拒絕您修正記錄的申請。如果您的申請不是書面形式或未包含支持申請的理由，我們可能會拒絕申請。如果您要求我們修正如下所述的資訊，我們也可能會予以拒絕：

- 我們並未建立的資訊；
- 不屬於用以作出關於您的決定的記錄；
- 不屬於允許您檢查和獲取副本的資訊；或
- 正確且完整的資訊。

**獲得披露資訊清單的權利。** 您有權索取我們在六年間披露的健康資訊的清單。該披露資訊清單將僅包括並非為治療、付款、醫療護理營運、向您、依照授權、或為本通知中所述的「特殊情況」作出的披露。您有權免費獲得一份披露資訊清單。十二個月內的後續請求可能需付費。

**獲得本通知紙質副本的權利。** 您有權收到一份本通知的紙質副本。您可隨時要求我們提供本通知的副本。即使您已同意以電子方式接收本通知，您仍有權獲得紙質副本。您可隨時透過計劃網站獲得一份本通知的副本：[elderplan.org/](http://elderplan.org/)。

### **如何行使您的權利**

要行使本通知中所述的任何權利（除獲得本通知紙質副本之外），您必須聯絡計劃。

**Elderplan**  
Attention: Regulatory Compliance  
6323 Seventh Avenue  
Brooklyn, NY 11220  
1-800-353-3765

### **洩露通知**

我們將按照法律要求維護您的健康資訊的隱私和安全。如果您的任何健康資訊洩露（如法律所定義），我們將在發現資訊洩露後的 60 天內通知您，除非執法機構要求延遲通知。

### **電子健康資訊交換**

本計劃將參加與其他醫療服務提供者、健康資訊交換網絡和保健計劃的各種健康資訊電子交換系統。本計劃維護的健康資訊可能出於治療、付款或醫療護理營運目的被其他提供者、健康資訊交換網絡和保健計劃使用。此外，本計劃可能出於治療、付款或醫療保健營運的目的，但僅在您同意的情況下使用由其他提供者、健康資訊交換網絡和保健計劃維護的健康資訊。

## 通知變更

對於我們已掌握的以及未來收到的任何健康資訊，我們保留變更本通知和使修改或變更的通知生效的權利。新通知可在我們的網站上獲得，若您申請索取，我們會將新通告郵寄給您。通知將在第一頁左上角註明生效日期。

## 投訴和疑問

如果您認為自己的隱私權受到侵犯，則可以向我們投訴。若向我們提出投訴，請透過下述地址聯絡隱私事務官。所有投訴必須以書面方式提出。

**Elderplan**  
Attention: Regulatory Compliance  
6323 Seventh Avenue  
Brooklyn, NY 11220

您還可以向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴，方法是：寫信至 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201、致電 1-877-696-6775，或瀏覽 [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](https://hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)。

我們不會因您行使投訴權而對您實施報復。

如果您對此通知有任何疑問，請致電 1-855-395-9169（聽障專線：711）。

## **Elderplan, Inc.**

### **非歧視通知 — 歧視是違法的**

Elderplan/Homefirst（長老計劃/第一家）遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。Elderplan, Inc. 不會因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別將人拒之門外或給予他們不同待遇。Elderplan/Homefirst（長老計劃/第一家）向殘障人士提供免費協助和服務，幫助他們與我們進行有效溝通，比如：

- 合資格的手語翻譯員
- 其他格式（大字印刷、音訊、可存取的電子格式、其他格式）的書面資訊向母語並非英語的人士提供免費語言服務，比如：
- 合資格的翻譯員
- 用其他語言書寫的資訊

如果您需要這些服務，請聯絡民權協調員。如果您認為 Elderplan/HomeFirst（長老計劃/第一家）因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而未能提供這些服務或在其他方面存在歧視行為，您可向以下人員或機構提出申訴：

Civil Rights Coordinator  
6323 7th Ave  
Brooklyn, NY 11220  
電話：1-877-326-9978，聽障專線：711  
傳真：1-718-759-3643

您可親自或透過郵件、電話或傳真的方式提出申訴。如果您在提出申訴時需要幫助，民權協調員可向您提供幫助。

您還可透過民權辦公室投訴入口網站 [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)，以電子形式向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴，或者透過郵件或電話進行此投訴：

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019，1-800-537-7697（語障專線）

投訴表格可在以下網址獲取：[hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html)。

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-891-6447 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-891-6447 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Simplified:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-891-6447 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Traditional:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-891-6447 (TTY: 711)。

我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-891-6447 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-891-6447 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-891-6447 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-891-6447 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-891-6447 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-891-6447 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY: 711) 1-877-891-6447. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषयि सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषयि प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-891-6447 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-891-6447 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-891-6447 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-891-6447 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-891-6447 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Albanian:** Ne ofrojmë shërbime interpretimi pa pagesë për t'ju përgjigjur çdo lloj pyetjeje që mund të keni rreth planit tonë të shëndetit ose të mjekimit. Për t'u lidhur me një interpret, telefononi në 1-877-891-6447 (TTY: 711). Një shqip folës mund t'ju ndihmojë. Ky shërbim është pa pagesë.

**Bengali:** আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধপত্র বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কিত আপনার যেকোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরামর্শ দিচ্ছি। একজন দোভাষী পতে, আমাদের কেবল 1-877-891-6447 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারেন এমন কটে আপনাকে সাহায্য করতে পারবেন। পরামর্শবোর্ট বিনামূল্যে।

**Greek:** Διαθέτουμε υπηρεσία δωρεάν διερμηνείας προκειμένου να απαντούμε σε οποιοσδήποτε απορίες σας σχετικά με το πρόγραμμα υγείας ή φαρμάκων που προσφέρουμε. Προκειμένου να χρησιμοποιήσετε την υπηρεσία διερμηνείας, επικοινωνήστε μαζί μας καλώντας το 1-877-891-6447 (TTY: 711). Θα λάβετε βοήθεια από ένα άτομο που μιλά ελληνικά. Αυτή είναι μια υπηρεσία που παρέχεται δωρεάν.

**Yiddish:** מיר האבן אומזיסטע דאלמעטשער סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט מעגליך האבן וועגן אונזער העלט אדער דראג פלאן. צו באקומען א דאלמעטשער, רופט אונז אויף (TTY: 711) 1-877-891-6447. איינער וואס רעדט אידיש/שפראך קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

**Urdu:** ہماری صحت یا دوا کے پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت مترجم کی خدمات موجود ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے، ہمیں بس (TTY:711) 1-877-891-6447 پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت خدمت

如需更多資訊，請致電我們的免費電話

**1-877-891-6447**

早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。

聽障/語障人士可致電

**711**

瀏覽我們的網站

**Elderplan.org**

Elderplan（長老計劃）是一項與 Medicare 聯邦醫療保險及 Medicaid 醫療補助簽有合約的 HMO 計劃。能否在 Elderplan（長老計劃）註冊參保視合約續簽情況而定。任何符合 Medicare 聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分資格的人士均可申請。已參保的會員仍須繼續支付其 Medicare 聯邦醫療保險 B 部分保費（若未透過 Medicaid 醫療補助支付）。