

MEMBER HANDBOOK

METROPLUS
ULTRACARE
(HMO-DSNP)



歡迎來到 METROPLUS ULTRACARE (HMO-DSNP) MEDICAID ADVANTAGE PLUS 計劃

歡迎來到 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) (「UltraCare」)，Medicaid Advantage Plus (MAP)計劃。MAP 計劃專門為那些參保 Medicare 和 Medicaid 的人士而設計。這些人士需要的是健康和社區式長期照顧服務，如家庭護理和個人護理，以便盡可能長時間呆在自己的家中和社區。

本手冊旨在向您介紹加入 UltraCare MAP 計劃後可獲得的額外福利。其中還將詳細介紹您應如何申請服務、提出投訴或退保 UltraCare。本手冊所述的福利可作為 UltraCare Medicare 《承保福利說明》中所述的 Medicare 福利之外的補充。請將本手冊與您的 UltraCare Medicare 《承保福利說明》一同妥善保管。當您希望瞭解哪些服務屬於承保範圍以及如何獲得服務時，需要查閱這兩份文件。

從會員服務部獲得幫助

您可隨時致電下方列出的會員服務部電話聯絡我們，該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。

會員服務部會有人為您提供協助：
該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放
致電：1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

要獲得採用其他格式的該資料，或者需要語言翻譯服務，請致電每週 7 天，每天 24 小時開放的會員服務熱線。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

參保 MAP 計劃的資格條件

MAP 計劃專為同時享受 Medicare 以及 Medicaid 的人士提供。如果您同時參保了 UltraCare 以獲得 Medicare 保險且符合以下條件，則您有資格參保 MAP 計劃：

- 1) 年滿 **18 歲**及以上
- 2) 居住在計劃服務區域內即布朗士、布碌崙、曼哈頓、
- 3) 皇后區和史泰登島
- 4) 參保 Medicaid
- 5) 有 Medicare A 和 B 部分保險，
- 6) 根據紐約州統一評估體系(UAS)，（在參保期間）有資格享受療養院等級的護理
- 7) 在參保期間，能在不危及您健康和安全的狀況下回到並且一直住在家中和社區中
- 8) 需要 Medicaid Advantage Plus Plan 提供至少一項自參保生效日期起 120 天以上的社區式長期照顧服務(CBLTCS)：
 - a. 在家中獲得護理服務
 - b. 在家中獲得治療服務
 - c. 家庭保健助手服務
 - d. 在家中獲得個人護理服務
 - e. 成人日間護理，
 - f. 私人護理；或
 - g. 消費者主導個人護理計劃

自您參保 UltraCare MAP 計劃生效之日起，本手冊中的承保範圍也即時生效。參保 MAP 計劃全憑自願。

我如何參保？

參保 UltraCare 十分簡單。我們的工作人員可以協助您完成每一個步驟，具體如下所述。

您或您的家人/照顧者或其他協助您獲得醫療服務的人可以透過電話聯絡 UltraCare。我們的工作人員可在正常上班時間（早 8 點至晚 8 點）與您討論 Medicare + Medicaid/MAP 計劃並開始承保流程。只需要致電告知我們您有興趣瞭解關於計劃的更多資訊。請致電 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）。

UltraCare 的代表將與您交談並對本計劃及其福利進行說明。他/她將確定您是否符合 Medicare 資格（享受 A 部分和 B 部分）；是否符合計劃的年齡要求；是否居住在我們的

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

服務區域內；是否享受或有興趣享受 Medicaid 福利，和/或是否需要超過連續 120 天的長期照顧服務和支援。

如果您有興趣參保，他/她將幫您轉介至授權銷售代表。該銷售代表將透過電話與您討論 UltraCare 福利，或安排一次家訪。家訪期間，銷售代表將向您介紹有關 UltraCare 福利包、服務提供者網絡以及 D 部分藥房福利的詳細資訊，並解決您可能遇到的任何問題。

在您同意參保後，銷售代表將協助您完成 Medicare 參保申請。

如果您是第一次參保長期照顧服務和支援計劃，且有興趣參保 **MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)**，銷售代表將幫您轉介至無爭議評估和參保中心(CFEEC)：

1-855-222-8350，聽力障礙電傳：1-888-329-1546。您可以在週一至週五早 8:30 到晚 8 點之間，或者週六早 10 點到下午 6 點之間致電。諮詢師可使用各種語言與您溝通。電話和協助免費。或者，您也可以瀏覽 nymedicaidchoice.com 以完成評估，瞭解您是否符合參保資格。

CFEEC 是與衛生廳簽訂合約的實體，負責提供初步評估，以確定申請人是否有資格獲得連續 120 天以上的社區式長期照顧服務。CFEEC 將負責為有需要的申請人完成統一評估體系(UAS)，以提供無爭議的決定。CFEEC 評估將由註冊護士在您家中（包括醫院或療養院）進行。一旦護士確定您符合基本資格要求，他或她將告知您可選擇的長期照顧計劃。

如果您是從另一個管理式長期護理(MLTC)計劃轉入的，則您無需進行無爭議評估。只有當您是第一次參加長期照顧服務，或者您已有 45 天未參與任何計劃，或者當您的 CFEEC 評估已過期時，您才需要進行無爭議評估。

一旦 New York Medicaid Choice (NYMC)和 MetroPlus UltraCare 確定您有資格參保計劃，您的 Medicare 申請將提交給 CMS。一旦 Medicare 與 Medicaid 服務中心(CMS)確認您可參保 UltraCare，則您的申請和相應的 MAP 參保協議將提交給 NYMC。所有參保申請必須在不遲於當月 15 日簽名，以便在當月 20 日中午之前完成審核並提交給 NYMC，以確保從次月第一天起生效。在當月 20 日之後收到的參保申請，將在其後第二個月的第一天生效。您將在參保時獲悉參保的生效日期。如果生效日期發生變化，UltraCare 將告知您修改後的生效日期。UltraCare 會員將收到一封確認參保信，其中將註明您的參保生效日期。

在您的申請經由 CMS 核驗核准後，您將在參保生效日期後的 10 個日曆日內收到您的 UltraCare 會員認證卡。如果我們在當月 20 日之後才收到並處理您的參保申請，則您無法在生效日期之前收到您的會員卡。如果您需要預約醫生或需要處方藥而沒有會員卡，您可以使用您的參保確認信作為保險證明。您還可致電 UltraCare 每週 7 天，每天 24 小時開放

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

的會員服務部求助熱線：1-866-986-0356，聽力障礙電傳：711 我們將與服務提供者核實您的資格。

如果在將參保申請提交給 NYMC 後，CMS 拒絕了您的參保申請，則 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)將在收到拒絕通知後的五(5)天內通知 NYMC，您將收到一封拒絕參保通知書。

取消和/或撤回申請

如果您決定不加入 UltraCare，您可以在生效日期之前撤回您的參保申請。在這種情況下，我們必須在生效日期前一個月的 20 日前收到您的口頭或書面申請。UltraCare 將通知 NYMC 您撤回了申請，隨後我們將向您郵寄一份取消參保確認通知書。

如果您需要長期照顧服務，您可能需要聯絡紐約醫療補助選擇：1-888-401-6582 或聽力障礙電傳：1-888-329-1541。

計劃會員卡

您將在參保生效之日起10天內收到您的UltraCare會員卡。請確認您卡上的資訊正確無誤。請始終隨身攜帶您的會員卡及Medicaid卡。如果您的卡片遺失或被盜，請聯絡會員服務部，電話為1=866-986-0356（聽力障礙電傳：711）。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

ULTRACARE 計劃承保的服務

Medicare 承保服務的自負額和自付費用

您所接受的許多服務，包括住院和醫院門診服務、醫生就診、急診服務和實驗室檢測，均由 Medicare 承保，並在 UltraCare Medicare 《承保福利說明》中列出。UltraCare Medicare 《承保福利說明》第 2 部分和第 3 部分說明瞭在醫療緊急情況或需要緊急護理時使用計劃服務提供者和獲得護理的規則。某些服務需要支付自負額和自付費用。具體金額請參閱 UltraCare Medicare 《承保福利說明》第 4 部分《福利表》下的「您在獲得服務時必須支付的費用」一欄。由於您已參保 UltraCare，且您享受 Medicaid，UltraCare 將支付這些金額。您不需要支付這些自負額和自付費用，適用於脊椎按摩護理和藥房項目規則的費用除外。

如有每月保費（請參閱 UltraCare Medicare 《承保福利說明》第 8 部分），您也不必支付此類保費，因為您享受 Medicaid。我們還將承保許多 Medicare 不承保、但 Medicaid 承保的服務。以下章節將說明承保內容。

保健管理服務

作為我們計劃的會員，您將獲得護理管理服務。我們的計劃將為您提供一名醫療保健專業人士作為您的護理經理(CM)，他/她通常是一位註冊護士或社工。您的護理經理將與您和您的醫師合作，確定您需要的服務並制訂護理計劃。您的護理經理還會為您安排任何您需要的服務和相關交通服務。您、您的指定代表或您的服務提供者可透過護理經理要求獲得新的承保服務。您可以透過口頭或書面方式提出申請。如果您需要致電我們，請致電每週 7 天，每天 24 小時開放的會員服務部求助熱線：1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711），我們的代表樂意為您服務。

其他承保服務

由於您享受 Medicaid，並且符合 MAP 計劃資格，因此我們的計劃將安排並支付以下所述的額外醫療和社會服務費用。只要具有醫療必要性，您可享受以下服務以預防或治療您的疾病或殘障。您的護理經理將協助您確認您需要的服務和服務提供者。在某些情況下，您可能需要轉診或醫生的醫囑，才能接受這些服務。您必須從 UltraCare 網絡內的服務提供者處獲得這些服務。如果我們的計劃無法提供您所需的服務提供者，我們將尋找一位網絡外服務提供者為您提供您所需的護理。在您前往網絡外專科醫生處就診前，您的 PCP 必須提出事先授權申請。要獲得事先授權，您的 PCP 必須為我們提供一些資訊。一旦我們獲得所有必要資訊，我們會在您提出申請之日起的 14 個日曆日之內決定您是否能夠到網絡外專科醫師處就診。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

如果您的醫生認為延誤時間會對您的健康造成嚴重損害，您或您的 PCP 可以要求進行快速審查。在這種情況下，我們將在 72 個小時內作出決定並回覆您。您可以致電我們每週 7 天，每天 24 小時開放的會員服務部求助熱線，瞭解有關您的申請的更多資訊。

下列服務在 UltraCare 的承保範圍內：

服務	我能獲得哪些服務？	承保規則
門診復健	<p>物理治療是指由執業註冊物理治療師提供，以最大限度的降低對身體或精神殘疾並讓會員恢復到他或她的最佳功能水準為目的復健服務。</p> <p>職業治療是指由執業註冊職業治療師提供，以最大限度的降低對身體或精神殘疾並讓會員恢復到他或她的最佳功能水準為目的復健服務。</p> <p>言語/語言病理服務是指以最大限度的降低對身體或精神殘疾並讓會員恢復到他或她的最佳功能水準為目的復健服務。</p>	<p>復健治療可能在 Medicare 的承保範圍內。</p> <p>您必須從網絡內 UltraCare 服務提供者處獲得服務。</p> <p>一年超過 10 次就診的情況需要取得計劃的事先授權。</p> <p>您的醫生需要向復健治療師提供簽過字的書面醫囑。</p> <p>如有必要，UltraCare 可幫助您的復健治療師取得醫生醫囑。</p>
個人護理（如協助洗澡、進食、穿衣、上廁所和行走）	個人護理是指對於個人衛生、如廁、家務、著裝、飲食、營養和環境支援等功能任務提供部分或全面協助。	<p>您必須從 UltraCare 服務提供者網絡獲得個人護理服務，並且您必須取得計劃的事先授權。</p> <p>您的醫生需要向提供個人護理的機構提供簽過字的書面醫囑。</p> <p>如有必要，UltraCare 可協助您的個人護理服務提供者取得醫生醫囑。</p>
Medicare 不承保的家庭保健服務（包括護理、家庭保健）	Medicaid 承保的家庭保健服務包括 Medicare 不承保的專	這些服務可能在 Medicare 的承保範圍內。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

<p>助手、職業、物理和言語治療)</p>	<p>業服務（例如理療師 - 監督已達最大恢復潛力的病患的維持計劃，或者護士 - 為殘障糖尿病病患提供預填充注射器服務）和/或已核准護理計劃所要求的家庭保健助手服務。</p>	<p>您必須使用計劃網絡內服務提供者，並獲得計劃的事先授權。</p> <p>您的醫生需要向家庭保健服務提供者提供簽過字的書面醫囑。</p>
<p>營養</p>	<p>營養服務包括對營養需求和食物結構的評估，或者對適合於個體生理及醫療需求和環境狀況的恰當食物與飲品供應的規劃，或者為滿足正常以及治療需求而提供的營養教育與諮詢。</p>	<p>這些項目可能在 Medicare 的承保範圍內。</p> <p>您必須從網絡內 UltraCare 服務提供者處獲得服務。</p> <p>您必須獲得計劃的事先授權。</p> <p>您的醫生需要向提供者提供簽過字的書面醫囑。</p> <p>如有必要，UltraCare 可協助您的服務提供者取得醫生醫囑。</p>
<p>醫療社會服務</p>	<p>醫療社會服務包括對與病患在家中接受維持治療相關的社會問題進行需求評估、安排並提供協助，病患在家中接受的服務由合格社會工作者根據保健計劃提供。</p>	<p>您必須從 MetroPlus UltraCare 的服務提供者網絡內獲得醫療社會服務，並且您必須取得計劃的事先授權。</p>
<p>上門送餐（和/或安排集體用餐，例如日間護理服務）</p>	<p>上門送餐和團體用餐即在家或團體中供餐，例如，長者中心向不能做飯或不能由他人做飯的個人供餐。</p>	<p>您必須從 UltraCare 的服務提供者網絡內獲得此類餐食，並且您必須取得計劃的事先授權。</p>
<p>社會日間護理</p>	<p>社會日間護理是一項結構化的計劃，在日間任何時段（但少於 24 小時週期）在保護性環境中為功能受損的</p>	<p>您必須從 MetroPlus UltraCare 的服務提供者網絡內獲得社會日間護理服務，並且您必須取得計劃的事先</p>

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

	<p>個人提供社會化、監督和監控以及營養服務。</p> <p>更多服務可能包括日常生活技能的個人護理維護和增強、運送、看護人協助以及項目協調與輔助。</p>	授權。
非急診就醫交通	非急診就醫交通是指根據會員的狀況選擇乘坐救護車、輕型救護車、計程車、出租交通工具或公共交通工具以獲得必要的、透過 Medicaid 或 Medicare 計劃償付的醫療保健和服務的交通服務。	這些服務可能在 Medicare 的承保範圍內。 您必須從 MetroPlus UltraCare 的服務提供者網絡內獲得非急診就醫交通服務，並且您必須取得計劃的事先授權。
私人護理	提供家庭護理助手、陪伴護理以及家政服務，可能包括在您家中或居住地提供的護理服務。	<p>如果主治醫師認為具有醫療必要性，則可承保此服務。護理服務可以是間歇性、兼職或連續服務。</p> <p>您必須獲得計劃的事先授權。</p> <p>必須根據處方醫師、註冊醫師助理或已得到認證護理從業者的書面治療方案提供該服務。必須由具有執照並且目前在 NYSE 教育部註冊為註冊專業護士或執業護士的人士提供該服務。</p>
牙科	Medicaid 承保具有醫療必要性的預防性、保護性和其他牙科護理、服務、用品、常規檢查、預防（如氟化物治療）、口腔外科（如果不在 Medicare 承保範圍內）和減緩嚴重病情所需的牙修復品和矯正器具。	牙科服務必須透過 DentaQuest 牙科網絡獲得且取得計劃的事先授權。
社會/環境支援（例如家政服	社會和環境支援是指	您必須從 UltraCare 的服務提

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

<p>務、住所改造或臨時看護)</p>	<p>支援會員醫療需求並包含在護理計劃之內的服務和項目。這些服務和項目包括但不限於家庭保養任務、主婦/家務服務、住宅改善以及臨時看護照護。</p>	<p>供者網絡內獲得社會和環境支援服務，並且您必須取得計劃的事先授權。</p>
<p>個人緊急反應系統(PERS)</p>	<p>PERS 是一種電子器械，某些高危病人能用其在身體、情緒或環境出現緊急狀況時獲得幫助。</p> <p>出現緊急情況時，回應中心收到訊號並做出妥善處理。</p>	<p>您必須從 UltraCare 的服務提供者網絡內獲得 PERS 服務，並且您必須取得計劃的事先授權。</p>
<p>成人日間護理</p>	<p>成人日間護理在居住型保健機構或已核准的拓展場所內提供護理和服務。</p> <p>成人日間護理中心接受醫師的醫療指導，其服務對象為具有功能障礙但沒有被限制在家的人士。</p> <p>成人日間護理包括以下服務：醫療、護理、食物和營養、社會服務、復健治療和牙科治療、藥物和其他輔助服務以及休閒活動（包含各種有意義活動的規劃方案）。</p>	<p>要達到資格條件，您必須請求提供某些預防性、診斷性、治療性和康復性或臨終關懷項目或服務。</p> <p>您必須從 UltraCare 的服務提供者網絡內獲得成人日間護理服務，並且您必須取得計劃的事先授權。</p> <p>您的醫生需要向您選擇的成人日間護理網絡內服務提供者提供簽過字的書面醫囑。</p> <p>如有必要，UltraCare 可協助您的網絡內成人日間護理服務提供者取得醫生醫囑。</p>
<p>除非您具備 Medicaid 的住院治療資格，否則 Medicare 不承保療養院護理。</p>	<p>療養院護理是由執業機構為會員提供的護理。</p>	<p>這些服務可能在 Medicare 的承保範圍內。</p> <p>您的醫生需要向療養院提供簽過字的書面醫囑。</p> <p>如有必要，UltraCare 可協助您的服務提供者取得醫生醫</p>

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

		<p>囑。</p> <p>只有當您具備 Medicaid 的住院治療資格時，您才可獲得承保的永久安置服務。</p> <p>您必須使用計劃網絡內服務提供者/機構，並獲得計劃的事先授權。</p>
超出 Medicare 190 天終生天數限制的住院病患心理健康護理	在超出 Medicare 190 天終生天數限制後，如具有醫療必要性，則您可以享受無限天數的住院病患心理健康護理服務。	您必須使用計劃網絡內服務提供者/機構，並獲得計劃的事先授權。
聽力（助聽服務）	<p>當在醫療上有必要減緩因為聽力喪失或受損導致的聽力障礙時，Medicaid 承保相關聽力服務和產品。</p> <p>服務包括助聽器選擇、調適以及配製、配製後的助聽檢查、符合性評估和助聽器修理；聽力學服務包括檢查、測試、助聽器評估和助聽器處方；助聽器產品包括助聽器、耳模、特殊配件和替換零件。</p>	<p>這些服務可能在 Medicare 的承保範圍內。</p> <p>您必須從 MetroPlus UltraCare 的服務提供者網絡內獲得聽力和聽力學服務，並且您必須取得計劃的事先授權。</p>
DME（耐用醫療設備）	<p>耐用醫療設備包括各種裝置和設備，其中含醫師在治療特定疾病過程中透過醫囑指定的修復或矯正器具和裝置，它們具有下列特徵：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 可在較長時間內持續重複使用， • 主要和通常用於醫療目的， • 通常在沒有患病或受傷的情況下無效 	<p>這些項目可能在 Medicare 的承保範圍內。</p> <p>您必須從 UltraCare 的服務提供者網絡內獲得 DME 服務，並且您必須取得計劃的事先授權。</p> <p>您的醫生需要向網絡內 DME 服務提供者提供簽過字的書面醫囑。</p>

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

	<p>• 通常不會因特定個人的需要而安裝、設計或塑造</p> <p>如果設備僅供一名病患使用，則可能是自訂的。</p>	<p>如有必要，UltraCare 可協助您的 DME 服務提供者取得醫生醫囑。</p>
醫療用品	<p>醫療/手術用品指的是除藥物之外的項目，修復或矯正器具和裝置，用於治療特定疾病的物品，通常為可消耗、不可重複使用、用完即棄，或者用於特定目的，且通常不具備回收價值的裝置和耐用醫療設備或矯形鞋。</p>	<p>您必須從 UltraCare 的服務提供者網絡內獲得醫療手術用品和腸道、腸外餵養和相關用品、營養和相關用品，並且您必須取得計劃的事先授權。</p> <p>您的醫生需要向提供護理的服務提供者提供簽過字的書面醫囑。</p> <p>如有必要，UltraCare 可協助您的服務提供者取得醫生醫囑。</p>
義肢和矯正器材	<p>義肢用具和裝置是用於取代人體缺少部分的用具和裝置。</p> <p>矯正用具和裝置是指用於支撐虛弱或變形肢體或者限制或避免人體病變或損傷部位運動的設備和裝置。</p> <p>矯形鞋包括鞋子、經過修改的或有附加功能的鞋以便在腳踝或腳受傷或患病時用於修正、適應、防止身體畸形或避免運動障礙。</p> <p>矯形鞋還可用於支援腳踝或腳的虛弱或變形的結構或組成固定器的一部分。</p>	<p>這些項目可能在 Medicare 的承保範圍內。</p> <p>您必須從網絡內 UltraCare 服務提供者處獲得義肢、矯正器材和矯形鞋服務。</p> <p>您必須獲得計劃的事先授權。</p> <p>您的醫生需要向提供此類服務的提供者提供簽過字的書面醫囑。</p> <p>如有必要，UltraCare 可協助您的服務提供者取得醫生醫囑。</p>

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356 (聽力障礙電傳：711)

<p>驗光（視力服務）</p>	<p>Medicaid 承保的視力服務包括：驗光師、眼科醫師和配鏡師的服務，包括眼鏡、有醫療必要的隱形眼鏡和聚碳酸酯鏡片、義眼（庫存或自訂）、弱視輔助器和弱視服務。保險還包括零件的維修和更換。保險還包括針對視覺缺陷和/或眼疾的診斷和治療的檢查。屈光度測定限制在每兩(2)年一次，除非能證明有醫療必要性。眼鏡每兩(2)年更換一副，不需要更頻繁地更換，除非具有醫療必要性或者眼鏡遺失、破損或毀壞。</p>	<p>這些服務可能在 Medicare 的承保範圍內。</p> <p>您必須從 MetroPlus UltraCare 的服務提供者網絡內獲得眼科服務，並且您必須取得計劃的事先授權。</p>
<p>消費者主導個人護理計劃 (CDPAS)</p>	<p>需要個人護理服務、家庭保健助手服務和/或專業護理任務的參保人可在參保人或參保人指定代表的指導、監督和指示下由消費者指定的個人助手完成此類服務。</p>	<p>您必須透過 UltraCare 的財務中間人協調您的 CDPAS。</p> <p>您必須獲得計劃的事先授權。</p>
<p>遠端醫療</p>	<p>遠端醫療指的利用技術從遠端提供或支援承保的臨床保健服務，以減少到診室就診的需求。此類服務包括會員與服務提供者之間的即時視訊和音訊，透過安全的電子通訊系統傳輸病史記錄，並使用移動裝置提供支援服務。</p>	<p>這些項目可能在 Medicare 的承保範圍內。</p> <p>遠端醫療只能用於支援承保服務。</p> <p>對於所有承保遠端醫療服務，您都必須使用網絡內 UltraCare 服務提供者。</p> <p>除行為健康遠端醫療服務外，所有其他承保遠端醫療服務均需轉診。</p> <p>如有需要，您必須獲得計劃的事先授權。</p>
<p>呼吸治療</p>	<p>執行與氣道有關之預防性、維持性及復健性的技術手段及手術，包括使用醫用氣</p>	<p>您必須從 UltraCare 的服務提供者網絡內獲得呼吸治療服務，並且您必須取得計劃的</p>

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

	<p>體、蒸氣、氣霧吸入性治療、間歇正壓呼吸、連續人工呼吸、透過吸入給藥及相關氣道管理、病患護理、病患指導及其他保健人員提供諮詢。</p>	<p>事先授權。</p> <p>您的醫生需要向提供護理的治療師提供簽過字的書面醫囑。</p> <p>您的醫生需要向呼吸治療提供者提供簽過字的書面醫囑。</p> <p>如有必要，UltraCare 可協助您的服務提供者取得醫生醫囑。</p>
足科	<p>足病診療是指由足科醫生提供的服務，服務範圍包括具有醫療必要性的日常足科護理（當會員存在局部疾病、傷痛或涉及足部和下肢的症狀，會導致身體出現狀況，或者當這些護理作為醫療保健（例如糖尿病、潰瘍和感染的診斷和治療）的必要且不可或缺的組成部分而執行時）。常規足部護理承保每年最多 4 次就診。</p> <p>如果沒有病理狀況，足部的常規清潔護理、雞眼與結痂治療、修指甲、諸如洗腳或泡腳等其他清潔護理不在承保範圍內。</p>	<p>這些服務可能在 Medicare 的承保範圍內。</p> <p>您必須從 UltraCare 的服務提供者網絡內獲得足病服務，並且您必須取得計劃的事先授權。</p>
<p>一名註冊護士或社工提供的護理管理服務。</p> <p>您的護理經理將協助您獲得 Person Centered Service Plan (PCSP) 中列出的承保服務。其中包括轉介、協助或協調</p>	<p>作為我們計劃的會員，您將獲得護理管理服務。</p> <p>我們的計劃將為您提供一名醫療保健專業人士作為您的護理經理(CM)，他/她通常是一位註冊護士或社工。</p>	<p>每個會員都將被指派一名護理經理。</p>

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

<p>醫療、社會、教育、社會心理、財務和其他服務，以便為您的 PCSP 提供支援。</p> <p>MetroPlus UltraCare 可能不承保其中的某些服務。</p>	<p>您的護理經理將與您和您的醫師合作，確定您需要的服務並制訂護理計劃。</p> <p>您的護理經理還會為您安排任何您需要的服務和相關交通服務。</p> <p>您、您的指定代表或您的服務提供者可透過護理經理要求獲得新的承保服務。</p> <p>您可以透過口頭或書面方式提出申請。如果您需要在下班後或節假日致電，請致電我們每週 7 天，每天 24 小時開放的會員服務部求助熱線：1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711），我們的代表樂意為您服務。</p>	
--	---	--

限制條件

- **腸道用藥和營養補充劑**僅限於無法透過其他任何方式攝取營養的個人，並且僅限於以下情況：1) 靠胃管灌食的個體，無法咀嚼或吞咽食物，必須透過經由胃管灌入的營養品獲得營養物質；2) 患有罕見的先天代謝障礙的個體，需要透過特定的醫療營養品提供無法透過任意其他方式獲得的必要營養物質。對某些遺傳性氨基酸和有機酸代謝疾病的承保範圍應包括含低蛋白或改良蛋白的改良固體食品。
- 對於滿足Medicaid住院療養資格且被認定需要永久入院的人員，我們承保**療養院護理服務**。

在服務區域外獲得護理服務

在您暫時離開承保服務區域時，您必須通知您的護理經理。如果您發現自己需要承保服務區域之外的服務，請聯絡您的護理經理以協助您安排服務。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

急診服務

急診服務指的是對您的健康造成嚴重威脅的突發疾病。如遇緊急醫療情況，請致電911。如上所述，急診服務不需要事先授權。然而，您應在急診之後24小時內通知UltraCare。您可能需要只能由UltraCare提供的長期護理服務。

如果您住院，您的家人或其他照顧者應在24小時內聯絡UltraCare。您的護理經理將暫停您的家庭護理服務，並在必要時取消其他預約。請務必通知您的初級保健醫師或醫院出院計劃人員聯絡UltraCare，以便我們與他們合作為您制訂出院後的護理計劃。

過渡性保健程序

新參保UltraCare的會員可以在參保後繼續獲得60日的網絡外醫療保健服務提供者提供的持續過渡性治療，只要該服務提供者接受UltraCare的付款費率，遵循UltraCare的品質保證標準和其他政策，並向UltraCare提供您的醫療保健資訊。

如果您的醫療保健服務提供者離開我們的網絡，您仍可繼續獲得90日的持續過渡性治療，只要該服務提供者接受本計劃的付款費率，遵循本計劃的品質保證標準和其他政策，並向本計劃提供您的醫療保健資訊。

Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

本節將說明透過 *Money Follows the Person (MFP)/Open Doors* 提供的服務和支援。*MFP/Open Doors* 計劃可幫助您從療養院搬回自己家中或社區內的住所中。如果您滿足下列條件，則可能符合 MFP 的資格：

- 在一家療養院生活的時間達到或超過三個月
- 存在可透過他們社區中的服務滿足的健康需求

MFP/Open Doors 的「過渡專員和同行」可與您在療養院會面，並就搬回社區進行討論。「過渡專員和同行」有別於護理經理和出院計劃員。他們可以透過以下方式為您提供協助：

- 為您提供關於社區中服務和支援的資訊
- 找到在社區中提供的服務，來協助您獨立生活
- 在您搬走後探視您或給您打電話，確保您在家可滿足需求

要瞭解更多關於 *MFP/Open Doors* 的資訊，或者要安排過渡專員或同伴的探視，請致電紐

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

約獨立生活協會，電話：1-844-545-7108，或傳送電子郵件至：mfp@health.ny.gov。您還可瀏覽 *MFP/Open Doors* 的網站：www.health.ny.gov/mfp或www.ilny.org。

我們計劃不承保的 MEDICAID 服務

UltraCare 不承保某些 Medicaid 服務，但這些服務可能由常規 Medicaid 承保。您可以使用 Medicaid 福利卡，從任何接受 Medicaid 的提供者處獲得這些服務。如果您對 UltraCare 或 Medicaid 是否承保某項福利有疑問，請致電會員服務部：1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）。使用您的 Medicaid 福利卡，某些服務可由 Medicaid 承保，包括：

藥房

UltraCare Medicare 《承保福利說明》(EOC)第 6 章所述，大多數處方藥都由 UltraCare Medicare D 部分承保。UltraCare 或 Medicare 不承保的某些藥物由常規 Medicaid 承保。Medicaid 也可能承保一些我們不承保的藥物。

某些心理健康服務，包括：

- 健康之家(HH)和健康之家+ (HH+)護理管理服務
- 為 OMH 特許的社區居住機構(CR)的居留者提供的復健服務，以及基於家庭的治療計劃
- OMH 日間治療
- OASAS 長期住院復健，針對青少年
- 認證社區行為健康診所(CCBHC)
- OMH 長期住院治療機構(RTF)
- 危機干預服務，針對 18-20 歲青少年

對於 21 歲以下的 MAP 參保人：

- 兒童和家庭治療及支援服務(CFTSS)
- 兒童家庭和社區服務(HCBS)

提供某些智力殘疾和發育障礙服務，包括：

- 長期治療
- 日間治療
- Medicaid 服務協調
- 「家庭和社區服務豁免計劃」提供的服務

其他 Medicaid 服務

- Methadone 治療

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

- TB（結核病）直視監督療法
- HIV COBRA 個案管理
- 轉換或修復治療

家庭生育計劃

會員可以到接受 Medicaid 並提供家庭生育計劃服務的醫生處或診所就診。您不需要從您的主治醫生(PCP)處獲得轉診。

ULTRACARE 或 MEDICAID 不承保的服務

如果您的服務提供者已事先告知您相關服務未被 UltraCare 或 Medicaid 承保，並且您同意為服務支付費用，則您必須自付費用。UltraCare 或 Medicaid 不承保的服務範例：

- 非醫療必需的整容手術
- 個人和舒適用品
- 由未加入計劃的服務提供者提供的服務（除非 UltraCare 將您轉介至該服務提供者）

如有任何疑問，請致電會員服務部：1-866-986-0356 聽力障礙電傳：711）。

您的《會員手冊》已變更為新增服務

MEDICAID ADVANTAGE PLUS (MAP)

從 2023 年 1 月 1 日開始，MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)將承保行為健康（心理健康和成癮）服務。您以前可能已經接受過其中的部分服務，現在您可以使用 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP)計劃卡獲得這些服務。您的計劃現將承保以下服務：

成人門診心理健康護理

- 持續性日間護理(CDT)
- 門診混合住院服務(PH)

成人門診復健心理健康護理

- 主動式社區治療(ACT)
- 心理健康門診治療和復健服務(MHOTRS)
- 個性化恢復導向服務(PROs)

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

面向符合臨床要求的會員的成人門診復健心理健康和成癮服務。這些也被稱為 CORE。

社區主導康復和自強(CORE)服務：

- 社會心理復健服務(PSR)
- 社區心理支援和治療(CPST)
- 自強服務 – 同伴支援
- 家庭支援和訓練(FST)

成人心理健康危機服務

- 綜合性精神科急救計劃(CPEP)
- 移動危機和電話危機服務
- 危機住宿計劃

成人門診成癮服務

- 阿片類治療中心(OTP)

成人住宿成癮服務

- 住宿服務

成人住院病患成癮復健服務

- 州營運成癮治療中心(ATC)。
- 住院病患成癮復健
- 住院病患醫療指導藥物戒斷

我如何獲得這些服務？

欲瞭解有關此類服務的更多內容，請致電會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）。您也可以與您的服務提供者討論如何獲得專科服務，如 CORE。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

附件：MAP 插頁的行為健康服務描述

成人門診心理健康護理

- **持續性日間護理(CDT)**：為患有嚴重心理疾病的成年人提供必要的技能和支援，從而讓他們繼續生活在社區中，並提升獨立性。您每週可參加幾天的診療，每次診療時間超過一小時。
- **門診混合住院服務(PH)**：一項提供心理健康治療的計劃，旨在穩定或協助需要住院的急症病患。

成人門診復健心理健康護理

- **主動式社區治療(ACT)**：ACT 是一個團隊方案，旨在提供治療、支援和復健服務。ACT 員工在社區中或在您生活的地方提供多項服務。ACT 為確診患有嚴重心理疾病或存在情緒問題的人士提供服務。
- **心理健康門診治療和復健服務(MHOTRS)**：提供治療、評估和症狀管理的計劃。服務可能包括在您所在社區的診所的個人和團體治療。
- **個性化恢復導向服務(PROs)**：一項完整的、以康復為導向的計劃（如果您患有嚴重、持續的心理疾病）。該計劃的目標是將治療、支援和療法整合到一起，從而協助您康復。

面向符合臨床要求的會員的成人門診復健心理健康和成癮服務。這些也被稱為 CORE。

社區主導康復和自強(CORE)服務：以人為本的康復計劃，提供移動行為健康支援，來幫助培養相關技能，促進社區參與和獨立性。為州認定符合高需求行為健康風險標準的會員提供 CORE 服務。任何人都可以轉診或自行轉診到 CORE 服務。

- **社會心理復健服務(PSR)**：該服務協助培養生活技能，如建立社交聯絡；求職或維持工作；入學或重返校園；以及利用社區資源。
- **社區心理支援和治療(CPST)**：該服務協助您透過諮詢和臨床治療進行症狀控制。
- **自強服務 – 同伴支援**：該服務協助您聯絡已經康復的同伴專家。您將獲得支援和協助，學習如何：
 - 面對健康挑戰和保持獨立，
 - 幫助您做本身康復方面的決策，以及
 - 尋求自然支援和資源。
- **家庭支援和訓練(FST)**：該服務讓您的家人和朋友掌握相關資訊和技能，以為您提供幫助和支援。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

成人心理健康危機服務

- **綜合性精神科急救計劃(CPEP)**：一項基於醫院的計劃，為需要急診心理健康服務的人士提供危機支援和加長觀察（最長72小時）床位。
- **移動危機和電話危機服務**：一種社區內服務，對像是存在心理健康和/或成癮危機的人士。
- **危機住宿計劃**：為出現心理健康症狀或在日常生活中遇到使症狀惡化的挑戰的個人提供最高28天的短期住宿（每天24小時提供服務）。可以協助避免住院和支援返回社區的服務。

成人門診成癮服務

- **阿片類治療中心(OTP)**是 OASAS 認證的進行阿片類藥物依賴藥物治療的場所。此類藥物包括 methadone、buprenorphine 和 suboxone。此類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。

成人住宿成癮服務

- **住宿服務**是在住宿環境中為需要 24 小時支援的人士提供的康復服務。住宿服務透過一個結構化的、杜絕藥物濫用的環境協助維持康復狀態。您可以獲得團隊支援，學習幫助自身恢復的技能。

成人住院病患成癮復健服務

- **州營運成癮治療中心(ATC)**根據您的需要提供護理，並為長期康復提供支援。機構的每一名工作人員都經過訓練，可以幫助管理多種疾病，例如精神疾病。他們還為制訂出院後護理計劃提供支援。每個機構的成癮治療服務類型各有不同，但會包括藥物輔助治療；賭博成癮，針對男性或女性的按性別治療，等等。
- **住院病患成癮復健計劃**可以為藥物濫用障礙評估、治療和復健提供安全的環境。這些機構每週 7 天，每天 24 小時提供護理，並由醫務人員隨時指導。住院病患服務包括管理與成癮有關的症狀和監測藥物濫用造成的身體和心理併發症。
- **住院病患醫療指導藥物戒斷計劃**提供適度戒斷的住院治療，並由醫生提供護理和指導。您可以獲得的部分服務為住院後二十四(24)小時內的醫療評估以及針對醉酒和戒斷症狀的醫療監督。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

服務授權、上訴和投訴程序

您擁有 Medicare，從 Medicaid 獲得協助。本章的資訊介紹了您所有的 Medicare 權利和大部分 Medicaid 福利。在大多數情況下，您不會利用一個程序獲得 Medicare 福利，而用另一個程序獲得 Medicaid 福利。您通常會使用一個程序同時獲得兩者提供的福利。有時這稱為「綜合程序」，因為它將 Medicare 和 Medicaid 的程序綜合到一起。

然而，對於您的某些 Medicaid 福利，您可能也有權提出額外的外部上訴程序。參閱第 28 頁，瞭解外部上訴程序的更多資訊。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

第 1 節：服務授權請求（也被稱為承保決定申請）

本節的資訊適用於您所有的 Medicare 福利和大部分 Medicaid 福利。本資訊不適用於您的 Medicare D 部分的處方藥福利。

在您申請獲得一項治療或服務的核准時，這一過程被稱為**服務授權請求（也被稱為承保決定申請）**。欲獲得服務授權申請，您或您的醫療服務提供者可以致電我們的會員服務部免費電話：1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）或者將書面請求寄送至以下地址：

MetroPlus Health Plan
Utilization Management
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

我們將在特定時間內核准一定數量的服務。這段時間稱為**授權期**。

事先授權

在您接受某些承保服務之前，需要獲得 UltraCare 使用管理部門的**事先授權**（提前獲得核准）才可以使用。您或您所委託的人都可以申請事先授權。下列治療和服務必須在接受之前獲得核准：

- 住院護理
- 放射診斷服務（CT/MRI/MRA 和 PET 掃描）
- 助聽器
- 綜合性牙科服務
- 某些 Medicaid 承保的視力服務
- 住院病患心理健康護理
- 門診住院混合服務
- 專業康復機構
- 心肺功能復健服務
- 指導性鍛煉療法(SET)
- 復健服務（物理治療、職業治療、語言治療）
- 非緊急救護車服務費用
- 矯正器材/醫療用品和耐用醫療設備 (DME)
- 糖尿病服務和用品
- Medicare B 部分藥品
- 家庭保健機構護理
- 上門輸液治療
- 類鴉片治療計劃服務（住院服務）

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

- 針灸（治療慢性腰部疼痛）
- 脊椎指壓療法服務
- 私人護理
- 個人護理服務
- 營養
- 醫療社會服務
- 社會和環境支援
- 上門送餐和團體用餐
- 成人日間護理
- 社會日間護理
- 個人緊急反應服務(PERS)
- 消費者主導個人護理計劃(CDPAS)
- Medicare 不承保的療養院護理
- 足科
- 非急診就醫交通

欲獲得此類服務或治療的核准，請致電我們每週 7 天，每天 24 小時免費開放的會員服務部求助熱線：1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）。您或您的醫生也可以提交一份服務授權請求，將其傳真至 1-212-908-3126 或郵寄至：

MetroPlus Health Plan
Utilization Management
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

同步審查

您還可以向 UltraCare 使用管理部門要求，以增加某項服務的時數。這稱為**同步審查**。

回顧性審查

有時候我們要對您目前正在接受的保健進行審查，以確定您是否仍然需要這種保健。我們還可能審查您已經接受的其他治療和服務。這稱為**回顧性審查**。如果我們進行此類審查，我們會通知您。

我們收到您的服務授權請求後如何處理

本醫療保險有一個審查小組確保您獲得我們所承諾的服務。審查小組配有醫生和護士。他們的工作是確保您申請的治療或服務是醫療必需的，並且適合您的情況。他們會對照合格的醫療標準檢查您的治療計劃，以達到此目的。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

我們可以作出拒絕服務授權請求或核准金額低於申請金額的決定。一名合格的保健專業人士會做出這些決定。如果我們認為您要求的服務不具有醫療必要性，則臨床同行評審員會做出決定。臨床同行評審員可能是一名醫生、一名護士，或通常提供您所要求護理的保健專業人士。您可以要求使用特定的醫療標準。此類標準稱為**臨床審查標準**，用於做出與醫療必要性相關的決定。

在我們收到您的申請後，會按照**標準**程序或**快速**程序進行審查。如果您或您的服務提供者認為延誤時間會對您的健康造成嚴重損害，您或您的服務提供者可以要求進行快速審查。如果我們拒絕您的快速審查申請，我們會通知您並按照標準審查程序處理您的申請。任何情況下，我們都會根據您的醫療狀況儘快審查您的申請，並且不會遲於下面規定的期限。快速程序的更多資訊參見下文。

無論您的申請是獲准還是被拒絕，我們都會用電話或以書面形式告知您和您的服務提供者。我們還會告知您我們做出相關決定的理由。我們還會說明您不同意我們的決定時有哪些選擇。

標準程序

一般而言，除非我們同意使用快速程序時限，否則我們會使用**標準時限**來決定您的醫療項目或服務申請。

- 事先授權申請的標準審查意味著我們會在獲得所需的所有資料後 3 個工作日內給您答覆，但不遲於我們收到您的申請後的 **14 個日曆日**。如果您的個案屬於**同步審查**，您要求變更您已獲得的服務，當我們獲得了所需的全部資料時，將在 1 個工作日內做出決定，但會在不遲於我們收到您的申請後的 14 個日曆日內答覆您。
- 如果您要求更多時間或如果我們需要可能有益於您的資訊（例如，來自網絡外服務提供者的病歷紀錄），**我們可最多再寬限 14 個日曆日的時間**。若我們決定延長決定時間，我們將書面告知您需要哪些資訊以及為何延遲對您有利。在收到必要資料後，我們將儘快作出決定，不遲於我們要求提供更多資料之日起的 14 天。
- 如果您認為我們**不應該**延長決定時間，您可進行「**快速投訴**」。您提交快速投訴後，我們將在 24 小時內針對您的投訴提供答覆。（投訴程序不同於要求作出服務授權和上訴的程序。有關包括快速投訴在內的投訴程序的更多相關資訊，請參閱第 5 節：如果您想對我們的計劃提出投訴怎麼辦。）

如果我們未能在 14 個日曆日（或者如果我們受理投訴，在額外的幾天結束前）內答覆您，您有權進行上訴。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

- 如果我們核准您所提出的部分或全部要求，我們將授權服務或向您提供您所要求的項目。
- 如果我們拒絕您所提出的部分或全部要求，我們將向您傳送書面通知，解釋拒絕原因。第 2 節：第 1 級上訴（也被稱為第 1 級），本節稍後會介紹如何上訴。

快速程序

如果您因健康問題需要，可要求我們為您作出「快速服務授權」。

- 事先授權申請的快速審查意味著我們會在獲得所需的所有資料後 1 個工作日內給您答覆，但不遲於您向我們申請後的 **72 小時**。
- 如果我們發現部分可能對您有益的資料缺失（例如：來自網絡外服務提供者的病歷紀錄）或者如果您需要時間獲得我們進行審查所需的資訊，我們**最多可再用 14 個日曆日**來給您答覆。如果我們決定延長決定時間，我們將書面告知您需要哪些資訊以及為何延遲對您有利。在收到必要資料後，我們將儘快作出決定，不遲於我們要求提供更多資料之日起的 14 天。
- 如果您認為我們不應該再多花時間，您可提出「快速投訴」（有關包括快速投訴在內的投訴程序的更多相關資訊，請參閱第 5 節：如果您想對我們的計劃提出投訴怎麼辦，具體內容詳見下文。）我們作出決定後就會立即向您致電。
- 如果我們未能在 72 小時（或者如有延期，則在該日期結束前）內答覆您，您有權進行上訴。請參閱第 2 節：1 級上訴，下文會介紹如何上訴。

要獲得快速服務授權，您必須滿足兩個要求：

1. 您要求獲得尚未得到的醫療保健的保險。（如果您要求獲得的是已得到的醫療保健費用，則將不能得到快速服務授權。）
2. 使用標準時限將嚴重危及您的生命或健康，或損害您的功能能力。

如果您的服務提供者告訴我們，您因健康問題需要我們作出「快速服務授權」，我們將自動同意為您作出快速服務授權。

如果您在沒有服務提供者支援的情況下，自行要求獲得快速服務授權，我們將決定您的健康是否需要我們為您作出快速服務授權。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

如果我們判定您的醫療狀況不符合獲得快速服務授權的要求，我們將向您傳送信件如此陳述（同時，我們將使用標準時限）。

- 該信件將向您說明若您的服務提供者要求快速服務授權，則我們將自動作出快速服務授權。
- 透過該信件，您還將知曉如果我們為您作出標準服務授權而非您所要求的快速服務授權，您該如何提出「快速投訴」。（有關包括快速投訴在內的投訴程序的更多相關資訊，請參閱第 5 節：如果您想對我們的計劃提出投訴怎麼辦，本章稍後會介紹。）

如果我們核准您所提出的部分或全部要求，我們必須在接受您的申請後 72 小時內給您答覆。如果我們延長了對於您關於醫療項目或服務的申請需要作出服務授權的時間，我們將在該延長期到期前給您答覆。

如果我們拒絕您所提出的部分或全部要求，我們將向您傳送詳細書面說明，解釋拒絕原因。如果您對我們的答覆不滿意，則您有權對我們提起上訴。請參閱第 2 節：第 1 級上訴，下文會詳細介紹。

如果您沒有按時收到我們的通知，則相當於我們拒絕了您的服務授權請求。如果出現這種情況，您有權對我們提起上訴。請參閱第 2 節：第 1 級上訴，下文會詳細介紹。

如果我們要改變您已獲得的服務

- 在大多數情況下，如果我們決定減少、暫停或者停止我們已經核准而且您正在接受的服務，我們必須至少在改變服務的 15 日之前通知您。
- 如果我們審查過去您已經獲得的服務，我們將在收到回顧性審查所必需的資料後 30 天內決定是否為這種服務付款。如果我們決定拒絕為某項服務付款，我們會在拒絕付款的當天向您和您的服務提供者寄送一份通知。即使我們以後拒絕向服務提供者付費，您也不必為計劃或 Medicaid 承保並且您已接受的保健支付費用。

如果您承保的醫院護理、居家護理、專業護理機構護理或綜合門診復健機構(CORF)服務已結束，則您可能擁有特殊的 **Medicare 權利**。有關這些權利的更多詳情，請參閱 MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) 《承保福利說明》的第 9 章。

如果您想對您的保健決定提出上訴該怎麼辦

如果我們拒絕您的醫療項目或服務保險申請，則您可決定是否進行上訴。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

- 如果我們拒絕，則您有權提出上訴並要求我們重新考慮這一決定。上訴意味著再次嘗試獲得您想要的醫療保健保險。
- 如果您決定上訴，則表示您將進入第 1 級上訴程序（請參閱下文）。
- 根據您的投訴，UltraCare 也會說明您可利用的投訴及上訴程序。如果您提出上訴時需要幫助，請致電會員服務部：1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）以更詳細地瞭解您可利用的權利及選擇。

上訴期間，您或您的委託人也可以隨時致電 **1-866-712-7197**，就我們的審查時間向紐約州衛生廳提出投訴。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

第 2 節：1 級上訴（也被稱為計劃內上訴）

本節的資訊適用於您所有的 Medicare 福利和大部分 Medicaid 福利。本資訊不適用於您的 Medicare D 部分的處方藥福利。

有些治療和服務在您接受之前獲得核准才可以使用或繼續使用。這被稱為預先授權。申請核准治療或服務叫做服務授權請求。我們在本章第 1 節前文描述了這一程序。如果我們決定拒絕服務授權請求或做出核准金額低於申請金額的決定，您會收到被稱為綜合保險確定通知書的通知。

如果您收到《綜合保險裁決通知書》並對我們的決定有異議，您有權提出上訴。上訴意味著透過要求我們再次審查您的申請，嘗試獲得您想要的醫療項目或服務。

您可以提出 1 級上訴：

當您首次對某一決定提起上訴時，這稱為第 1 級上訴或計劃內上訴。在該上訴中，我們對我們作出的決定進行覆核，以檢查我們是否恰當地遵循了所有的規則。您的上訴將由作出原始不利決定者之外的不同審核人進行處理。當我們完成審查，我們將向您提供我們的決定。在某些情況（我們將在稍後討論）下，您可以申請快速上訴。

提出第 1 級上訴的步驟：

- 如果您對我們的決定不滿意，您在收到《綜合保險裁決通知書》後的 **60 日**內可以提出上訴。如果您錯過了此截止日期並有充分的錯失理由，我們將給您更多時間提出上訴。錯過截止日期的正當理由範例包括：您因重病無法聯絡我們，或我們向您提供了錯誤或不完整的上訴截止日期相關資訊。
- 如果您正在對我們針對您尚未得到的保健保險作出的決定提出上訴，您和/或您的服務提供者將需要決定您是否需要「**快速上訴**」。
 - 獲得「快速上訴」的要求和程序與獲得「快速服務授權」的要求和程序相同。如要求快速上訴，請按照要求作出快速服務授權的說明進行。（這部分說明已在第 1 節快速程序中提供。）
 - 如果您的服務提供者告訴我們您因健康問題需要進行「快速上訴」，我們將為您進行快速上訴。
 - 如果您的情況是**同步審查**，我們正在審查您已經獲得的服務，您將自動獲得快速上訴。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

- 您可以自己上訴，也可以委託別人代您提出第 1 級上訴。如果您提出上訴時需要幫助，請致電會員服務部：1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）如果您需要幫助提出 1 級上訴。
 - 只有經過您書面指定的個人能夠在上訴過程中代表您。如果您希望您的朋友、親戚或其他人在上訴過程中擔任您的代表，您可以填寫綜合保險確定通知所附的上訴申請表，填寫「代表委任」表，或書寫並簽署一封指定代表的信。
 - 要獲得「代表委任」表，請致電會員服務部，索取此表。此表格也可在 Medicare 網站<https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>上獲得。此表格可允許此人代表您行事。您必須向我們提供一份簽有署名的表格副本；或
 - 您可寫信寄送給我們。（您或信中指定的代表可以給我們寄信。）
- 我們不會因為您提出第 1 級上訴而對您區別對待或者故意刁難。
- 您也可以透過電話或書面方式提出第 1 級上訴。您打完電話後，我們會寄給您一份表格，上面記錄了您電話上訴的摘要。您可以在簽署並將表格寄還給我們之前對摘要做任何必要的變更。

在對保健決定上訴期間繼續獲得服務或項目

如果我們告知您我們將停止、暫停或減少您已經獲得的服務或項目，您可能在上訴期間繼續獲得這些服務或項目。

- 如果我們決定變更或終止您目前獲得的服務或項目保險，在採取行動之前，我們將通知您。
- 若您對於行動存有異議，您可提起第 1 級上訴。
- 如果您在收到《綜合保險裁決通知書》的 10 個日曆日內或在行動的預計有效日期內（以較晚者為準），您要求第 1 級上訴，我們對服務或項目將繼續作出承保。
- 若您遵守此時限，您可在第 1 級上訴等待期繼續享受未做變更的服務或項目。您還將繼續獲得所有其他服務或項目（非您上訴的內容），不做任何變更。

注意：如果您的服務提供者要求在您上訴期間繼續接受您已經獲得的服務或項目，您可能需要指定您的服務提供者作為您的代表。

我們收到您的 1 級上訴後怎麼辦

- 在 15 日內，我們將向您寄信告知正在審查您的第 1 級上訴。如需其他資料作出決定，我們會告知您。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

- 我們將向您免費寄送個案檔案副本，其中包括病歷紀錄副本，以及我們用於做出上訴決定的任何其他資料和記錄。如果您的第 1 級上訴進入快速審查通道，則可能查看這些資料的時間比較短。
- 未參與最初決定並具有相應資格的保健專業人士將決定臨床方面的上訴。至少有一名臨床同行評審員。
- 非醫療方面的決定，由比做最初決定者等級更高的人員審理。
- 您也可以親自或以書面方式提供裁決所需的資料。如果您對向我們提供哪些資訊沒有把握，請致電我們：1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）。
- 必要時，我們將告知您我們做出決定的原因和臨床方面的理由。如果我們拒絕您的申請或做出核准金額低於申請金額的決定，您會收到被稱為上訴決定通知書的通知。如果我們拒絕了您的第 1 級上訴，我們會**自動**將您的個案送入下一級上訴程序。

「標準」上訴時限

- 如果我們正在使用標準上訴時限，我們就必須在接到您的上訴（如果您的上訴涉及您尚未得到的服務的保險）後 **30 個日曆日**內就申請答覆您。
- 如果您的健康狀況需要我們這麼做，我們將更早提供我們的決定。
- 但是，如果您需要更多時間，或者如果我們需要收集更多或許有益於您的資訊，**我們可最多再用 14 個日曆日**的時間。若我們決定延長決定時間，我們將書面告知您需要什麼資料，以及為什麼推遲對您最有利。在收到必要資料後，我們將儘快作出決定，不遲於我們要求提供更多資料之日起的 14 天。
 - 如果您認為我們不應該再多花時間，您可對我們再多花幾天時間的決定進行「快速投訴」。您提交快速投訴後，我們將在 24 小時內針對您的投訴提供答覆。
 - 有關包括快速投訴在內的投訴程序的更多相關資訊，請參閱第 5 節：如果您想對我們的計劃提出投訴怎麼辦，具體內容詳見下文。
- 如果我們未能在上述適用截止日期內（或者如果我們要多花幾天時間審查您提出的關於醫療項目或服務的申請，則在額外的幾天結束前）給您答覆，我們將按照要求將您的申請送入第 2 級上訴程序。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

- 獨立外部組織將對其進行審查。
- 在第 3 節中，我們將向您描述該審查組織的相關資訊並闡述第 2 級上訴程序中會發生什麼：第 2 級上訴。
- 如果我們核准您所提出的部分或全部要求，我們必須在作出決定後 72 小時內授權或提供我們已同意提供的保險。
- 如果我們拒絕您所提出的部分或全部要求，為確保我們在拒絕您的上訴時遵守了所有規則，我們將按要求將您的上訴送至下一級上訴程序。我們進行此操作，即表明您的上訴正在進入下一級上訴程序，即第 2 級上訴。

「快速」上訴時限

- 使用快速時限時，我們必須在收到您的上訴後 72 小時內給您答覆。若您的健康狀況需要我們加快決定，我們將儘快向您作出答覆。
- 如果您需要更多時間，或者如果我們需要收集更多或許有益於您的資訊，我們可最多再用 14 個日曆日的時間。若我們決定延長決定時間，我們將書面告知您需要哪些資訊以及為何延遲對您有利。在收到必要資料後，我們將儘快作出決定，不遲於我們要求提供更多資料之日起的 14 天。
- 如果我們未能在 72 小時內（或者如果我們要多花幾天時間，則在額外的幾天結束前）給您答覆，我們將按照要求將您的申請自動送入 2 級上訴程序，此部分內容將在第 3 節介紹：第 2 級上訴。

如果我們同意您所提出的部分或全部要求，就必須在接到您的上訴後 72 小時內授權或提供我們已同意提供的保險。

如果我們拒絕您所提出的部分或全部要求，我們將自動將您的上訴提交給獨立審查組織，進行第 2 級上訴。如果您不同意我們關於花更多時間審查您的裁決上訴的決定，您本人或您的委託人也可以向本計劃提出投訴。

- 在 2 級上訴過程中，被稱為「綜合行政聽證辦公室」或「聽證辦公室」的獨立審查組織將審查我們針對您的第一次上訴作出的決定。該組織決定是否變更我們的決定。
- 在第 3 節中，我們將向您介紹該審查組織並闡述第 2 級上訴程序中會發生什麼：第 2 級上訴。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

上訴期間，您或您的委託人也可以隨時致電 **1-866-712-7197**，就我們的審查時間向紐約州衛生廳提出投訴。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

-32-

H0423_MEM23_2810c_C 10192022
MBR 22.288c

第 3 節：第 2 級上訴

本節的資訊適用於您**所有的 Medicare** 福利和大部分 **Medicaid** 福利。本資訊不適用於您的 Medicare D 部分的處方藥福利。

如果本計劃**拒絕**了您的第 1 級上訴，您的個案將被**自動**送入下一級上訴程序。在第 2 級上訴過程中，**聽證辦公室**將審查我們針對您的第 1 級上訴作出的決定。該組織決定是否變更我們的決定。

- **聽證辦公室**是紐約州的一家**獨立機構**。它與我們並不相關。Medicare 和 Medicaid 負責對其工作進行監督。
- 我們將把您的相關上訴資訊寄送給該組織。該資訊又稱「個案卷宗」。您有權向我們索取您的免費個案卷宗副本。
- 您有權向聽證辦公室提交支援您的上訴的更多資訊。
- 聽證辦公室審核人將仔細審查與您的上訴相關的所有資訊。聽證辦公室將與您聯絡安排聽證會。
- 如果因在標準時限內等待決定會嚴重損害您的健康，您在第 1 級過程中對我們的計劃進行了「快速上訴」，則您在第 2 級過程中也將自動提起「快速上訴」。審查組織必須在收到您的上訴後 **72 小時內**對您的第 2 級上訴作出答覆。
- 如果聽證辦公室需要收集更多或許有益於您的資訊，則其可最多再用 **14 個日曆日**的時間。

如果您在 1 級過程中進行了「標準」上訴，則您在 2 級過程中也將提起「標準」上訴

- 如果您在 1 級過程中對我們的計劃進行了標準上訴，則您在 2 級過程中也將自動提起標準上訴。
- 審查組織必須在收到您的上訴後 **60 個日曆日內**對您的 2 級上訴作出答覆。從您提出計劃內上訴（第 1 級）之日起，聽證辦公室有 90 天的時間就您的第 2 級上訴作出決定。
- 如果聽證辦公室需要收集更多或許有益於您的資訊，則其可最多再用 **14 個日曆日**的時間。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

若在您提起第 1 級上訴時您有資格繼續享受福利，在第 2 級上訴中您將繼續享受服務、項目或藥物福利。閱讀第 22 頁瞭解在 1 級上訴中延續您的福利的相關資訊。

聽證辦公室將書面告知您他們的決定並說明作出該決定的原因。

- 如果聽證辦公室**核准**了您的部分或全部要求，我們必須在**接到聽證辦公室決定後的一個工作日內**授權服務或向您提供項目。
- 如果聽證辦公室**拒絕**了您的部分或全部要求，就意味著他們認同我們的計劃關於不應核准您的醫療保健保險申請（或您的部分申請）的決定。（這被稱為「維持決定」或「駁回上訴」。）

如果聽證辦公室拒絕了您的部分或全部要求，您可選擇是否希望繼續上訴。

- 第 2 級上訴之後還有兩個上訴程序（共有四個上訴等級）。
- 如果您的第 2 級上訴被駁回，則您必須決定是否希望進入第 3 級，進行第三次上訴。您在第 2 級上訴後收到的書面通知中將詳細說明該如何操作。
- Medicare 上訴委員會負責處理第 3 級上訴。此後，您可能有權要求聯邦法院受理您的上訴。
- Medicare 上訴委員會做出的有關 **Medicaid** 福利的決定將是**最終**決定。

上訴期間，您或您的委託人也可以隨時致電 **1-866-712-7197**，就我們的審查時間向紐約州衛生廳提出投訴。

第 4 節：僅限 Medicaid 的外部上訴

您或您的醫生可**僅就 Medicaid 承保福利**要求外部上訴。

如果我們的計劃因以下原因拒絕您和您的醫生申請的醫療服務，您可以要求紐約州進行獨立外部上訴：

- 不具有醫療必要性或
- 處於試驗性或研究階段或者
- 與計劃網路內的保健服務無差別或者
- 由擁有滿足您需求的相關訓練和經驗的加盟服務提供者提供。

這稱為外部上訴，因為做出決定的審核員不為本醫療保險或本州工作。這些審核員都是經紐約州核准的合格人員。服務必須屬於計劃的福利範圍，否則就屬於一種實驗性治療。您不必支付外部上訴費用。

在向州政府提出上訴之前：

- 您必須向計劃提出第 1 級上訴，並得到該計劃的「最終不承保決定」；**或者**
- 如果您沒有得到服務並且要求快速上訴，則您可以同時要求加急外部上訴。（您的醫生必須表示加急上訴是必要的）；**或者**
- 您和本計劃也可以商定越過本計劃的上訴程序直接提出外部上訴；**或者**
- 您可以證明計劃在處理您的第 1 級上訴時沒有正確遵守規定。

您收到計劃的最終不承保決定後，您有 **4 個月**的時間提出外部上訴。如果您和本計劃商定越過本計劃的上訴程序，您必須在達成協議後的 4 個月內提出外部上訴。

要提起外部上訴，請填寫一份申請表並寄交金融服務廳。

- 如果您提出上訴時需要幫助，請致電會員服務部：1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）。
- 您和您的醫生必須提供有關您病情的資料。
- 外部上訴申請指明需要哪些資料。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

申請表可透過下列方式索取：

- 致電金融服務廳， 1-800-400-8882
- 瀏覽金融服務廳的網站www.dfs.ny.gov。
- 聯絡本醫療保險：1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

審核員不超過 30 天就會對外部上訴作出決定。如果外部上訴審核員要求更多資訊，那麼可能需要更多時間（最長為五個工作日）。審核員會在作出決定後的兩日內，將最終決定告知您和本計劃。

如果您的醫生表示拖延將會給您的健康造成嚴重傷害，您可以得到更迅速的裁決。這稱為**加急外部上訴**。外部上訴審查人員不超過 72 小時就會對加急上訴做出決定。審查員將會即刻透過電話或傳真將決定通知您和本計劃。之後，審核員還將向您寄信告知所作的決定。

上訴期間，您或您的委託人也可以隨時致電 1-866-712-7197，就我們的審查時間向紐約州衛生廳提出投訴。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

第 5 節：如果您想對我們的計劃提出投訴怎麼辦

本節資訊適用於您**所有**的 Medicare 和 Medicaid 福利。本資訊不適用於您的 Medicare D 部分的處方藥福利。

我們希望本計劃能為您提供滿意的服務。如果您對我們員工或醫療服務提供者所提供的保健和治療有疑問，或您不滿意我們提供的保健或服務品質，請致電會員服務部：1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）或者寫信給會員服務部。「**進行投訴**」的正式名稱為「**提起申訴**」。

您可以委託別人代您投訴。如果您由於聽力或視力障礙而需要我們的協助，或者您需要翻譯服務，我們都可以為您提供幫助。我們不會因為您提出投訴而為難您或採取對您不利的行動。

如何提出投訴：

- **通常，致電會員服務部是第一個步驟。**如果您還需要做些其他事情，會員服務部將通知您。致電：1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711），該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。
- 如果您不希望致電（或者您已致電，但結果並不盡如人意），**也可將您的投訴內容寫在信件中，然後寄送給我們。**如果您將投訴內容寫入信中，我們將以書面形式給您作出回應。
- 請將您的書面投訴傳送至：MetroPlus Health Plan, Attn: Complaints Manager, 50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004。
- **不論致電還是寫信，您都應立即聯絡會員服務部。**您可以在發現想要投訴的問題之後隨時進行投訴。

然後會怎樣：

- **如有可能，我們將立刻給您答覆。**如果您致電我們進行投訴，我們將可能回撥同樣的電話號碼給您答覆。若您的狀況有此要求，我們將快速給予答覆。
- **我們在 30 個日曆日內對大多數投訴作出答覆。**
- 如果您由於我們拒絕了您的「快速服務授權」或「快速上訴」申請而進行投訴，**則我們將自動為您辦理「快速」投訴。**如果您提起了「快速投訴」，也就意味著我們將在 **24 小時內**給您答覆。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

- 如果我們需要更多資訊，同時，延期可令您得到最佳利益；或者如果您要求得到更多時間，我們將最多再用 14 個日曆日（共計為 44 個日曆日）來答覆您的投訴。如果我們決定再多花幾天時間，我們將書面告知您。
- 但是，如果您已要求我們提供服務授權或提起了上訴，同時認為我們回應得不夠迅速，那麼您也可就我們的懈怠問題進行投訴。以下是您可以提出投訴的範例：
 - 如果您要求我們為您提供「快速服務授權」或「快速上訴」，而我們拒絕。
 - 如果您認為我們未能在截止日期前為您提供服務授權或對您提出的上訴作出答覆。
 - 我們作出的服務授權被覆核，同時，我們已被通知必須為您承保或撥補特定的醫療服務或藥品費用，而您認為我們未在截止日期前完成上述工作。
 - 我們未能及時為您提供決定而且我們未在規定的截止日期前將您的個案提交聽證辦公室。
- **如果我們不認同**您的部分或全部投訴內容，或者對您所投訴的問題不承擔責任，我們將通知您。我們的回覆中將包括作出此答覆的理由。不論是否認同您的投訴，我們都必須提供回覆。

投訴上訴

如果您不同意我們對您就 Medicaid 福利投訴做出的決定，您或您的委託人可以向本計劃提出**投訴上訴**。

如何提出投訴上訴：

- 如果您對我們的決定不滿意，在收到我們通知後至少 60 個工作日內可以提出投訴上訴。
- 您可以自己投訴上訴，也可以委託別人代您投訴上訴。
- 您必須以書面形式提出投訴上訴。
 - 如果您透過電話上訴，隨後必須再寄一封書面上訴。
 - 您打完電話後，我們會寄給您一份表格，上面記錄了您電話上訴的摘要。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

- 如果您同意我們的上訴摘要，您必須在表格上簽名並寄還給我們。寄還表格之前，您可以做任何必要的修改。

我們收到您的投訴上訴後怎麼辦：

收到您的投訴上訴後，我們會在 15 個工作日內給您寄送信件。這封信會告訴您：

- 誰在處理您的投訴上訴；
- 如何與此人聯絡；
- 我們是否需要更多資料。

一名或多名合格人員將審查您的投訴上訴。這些審核人的等級高於對您的投訴做出最初決定的人員。

如果您的投訴涉及臨床事宜，一名或多名合格的保健專業人士將審查您的個案。他們當中至少有一位是臨床同行評審員，而且沒有參與對您投訴的最初決定。

我們將在收到所需全部資料後 30 個工作日內通知您我們的決定。如果延遲會危及您的健康，在獲得審理投訴所需的全部資料後的 2 個工作日內您將獲知我們的決定。必要時，我們將告知您我們做出決定的原因和臨床方面的理由。

如果您仍不滿意，您或者您的委託人可以隨時向紐約州衛生廳提出投訴，電話是：1-866 712-7197。

會員監管員

參保人監管員是一個被稱為「獨立消費者維權網絡(ICAN)」的獨立機構，為紐約州接受長期護理的病患提供免費的監管服務。您可以致電免費獲得關於您的保險、投訴和上訴選項的獨立建議。他們能協助您管理上訴流程。他們還可以在您加入UltraCare或此類MAP計劃之前提供支援。他們提供的支援包括公正的醫療保險選擇諮詢和普通計劃相關的資訊。聯絡 ICAN，瞭解更多關於他們服務的資訊：

電話：1-844-614-8800（聽力障礙電傳中繼服務：711）

網站：www.icannys.org | 電子郵件地址：ican@cssny.org

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

從ULTRACARE MAP計劃退保

參保人不得出於下列任何理由而被Medicaid Advantage Plus產品退保：
醫療服務使用率高，參保人目前疾病或健康狀況改變，心智慧力下降或由於他或她的特殊需要而導致的不合作或破壞性行為，除非此類行為導致了參保人失去Medicaid Advantage Plus資格。

您可以選擇自願退保

您可以隨時以任何理由請求結束UltraCare MAP計劃。

想請求退保，請致電1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）。根據收到您申請的時間，可能需要至多六週時間進行處理。

您可以在退保後享受常規的Medicaid，或在符合資格的情況下參保其他醫療保險。如果您仍需要社區式長期照顧(CBLTC)服務，例如個人護理，則您必須加入另一MLTC計劃或家庭和社區豁免計劃以獲得CBLTC服務。

如果出現下列情況，您必須結束UltraCare MAP計劃：

- 您不再參保UltraCare以獲得Medicare保險
- 您不再符合Medicaid資格
- 您需要療養院護理，但沒有Medicaid住院治療資格
- 您離開計劃服務區域超過連續30天
- 您永久遷出UltraCare的服務區域
- 您不再需要使用統一評估體系(UAS)或其他由SDOH指定的工具確定的療養院等級的護理
- 按照SDOH指定的評估工具的綜合評估，您不再符合享受療養院護理等級服務的資格。除非州指定的承包商或LDSS或實體同意承包商不再提供服務可能導致參保人在未來六個月內再次獲得療養院等級護理服務的資格（使用SDOH指定的評估工具評估的結果）。承包商應在綜合評估後的五(5)個工作日內向LDSS或州指定實體提供其評估結果和關於繼續承保或退保的建議；
- 在社區生活期間的任何重新評估時，確定您不再有獲得CBLTC服務的功能需求和臨床需求；
- 如果您的唯一服務被認定為社會日間護理，則您必須結束MAP計劃
- 您加入了家庭和社區服務豁免計劃，或者參保了某項計劃或住在由發育障礙人士辦公室或酗酒和藥物濫用服務局支援的機構。
- 您是州營運精神療養院的住院病患

我們可以要求您退出計劃

如果您出現下列情況，我們可要求您退保UltraCare：

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

- 您、您的家人、非正式照顧者或家中其他人的行為或舉動嚴重損害計劃提供服務的能力
- 您在參保申請中蓄意提供虛假資訊，或允許他人濫用您的MAP計劃的參保卡。
- 您未完成或提交任何必要的同意書或披露資訊。
- 在因抵扣費用/結餘而欠付金額首次到期後的30天內，您未能支付由當地社會服務區確定的該費用或安排支付該費用。我們將盡合理努力追討欠款。

在您被非自願退保前，UltraCare將取得NYMC或州指定實體的核准。承保服務的終止日期為退保處理當月的下個月一日。如果您仍然需要社區式長期照顧服務，您將需要選擇另一項計劃，或者您將被自動分配到另一項計劃，以為您提供必要的服務。

文化和語言能力。

UltraCare 尊重您的信仰，且具有對文化多元化的敏感性。我們尊重您的文化和文化身份，致力於消除文化差異。我們致力於維護一個多元化且具有文化競爭力的服務提供者網絡，並促進和確保以具有文化適宜性的方式為所有參保人提供服務。這包括但不限於為英語水準有限、文化和種族背景不同以及多元化信仰的參保人提供支援。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

會員權利和責任

UltraCare 將盡一切努力確保所有會員得到禮遇和尊嚴。參保時，您的護理經理將向您解釋您的權利和責任。如果您需要口譯服務，您的護理經理會為您安排。員工將盡一切努力協助您行使您的權利。

會員權利

- 您有權享受醫學上有必要的護理。
- 您有權及時得到護理和服務。
- 您有權要求對其病歷紀錄和接受治療的時間保密。
- 您有權瞭解可供選擇的治療方式和替代療法（以會員可以理解的方式和語言陳述）。
- 您有權獲得以您所理解的語言呈現的資訊（您可以獲得免費的口譯服務）。
- 您有權獲得在開始治療前給予知情同意所需的資訊。
- 您有權得到禮遇和尊嚴。
- 您有權索取一份病歷紀錄，以及要求修改或更正病歷。
- 您有權參與有關本身健康護理的決定，包括拒絕治療的權利。
- 您有權擺脫用作脅迫、處罰、借便或報復手段的，任何形式的限制或隔絕。
- 您有權獲得護理，不會因性別、種族、健康狀況、膚色、年齡、原國籍、性取向、婚姻狀況或宗教信仰而受到區別對待。
- 您有權得知透過管理式長期護理計劃獲得所需服務的地點、時間和方式，包括不能在計劃網絡中得到所需服務時，如何才能透過網絡外提供商得到所涵蓋的福利。
- 您有權向紐約州衛生廳或當地社會服務局投訴，也有權使用紐約州公平聽證體系和/或紐約州外部上訴（如果這是必需手段）。
- 您有權指定某人為您代言護理和治療。
- 您有權從參保人監管員計劃中尋求幫助。

會員責任

- 透過 UltraCare 接受承保服務；
- 使用 UltraCare 網絡內的醫療服務提供者所能提供的承保服務；
- 除已核准的承保服務或緊急情況外，取得承保服務的事先授權；如果您的健康狀況出現變化，到醫師處就診；
- 與您的醫療保健服務提供者分享完整、準確的健康資訊；
- 如果您的健康狀況出現任何變化，及時通知 UltraCare 員工；如果您不明白說明或無法按說明行事，通知我們；
- 遵循 UltraCare 員工推薦的護理計劃（參考您的意見）；

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）

- 配合並尊重 UltraCare 的員工，不因種族、膚色、國籍、宗教、性別、年齡、智力或身體能力、性取向或婚姻狀況而歧視 UltraCare 員工；
- 在接受未承保或未事先授權的服務後兩個工作日內通知 UltraCare；
- 當您不在家接受為您安排的服務或護理時，請提前通知您的 UltraCare 健康護理團隊；
- 在永久或長期離開服務區域之前通知 UltraCare；
- 您的行為，前提是您拒絕治療或不遵守看護者的指示；
- 履行您的財務義務。

預先指示

《預先指示》是一份具有法律效力的文件，可在您無法為自己作出決定時確保您的要求得到滿足。《預先指示》可以以《保健委託書》、《生前遺囑》、《不予實行心肺復甦術確認書》的形式存在。此類文件可用於指示在某些情況下您希望獲得什麼樣的照顧，和/或其可授權一名指定家庭成員或朋友代您作出決定。

根據您的願望制訂《預先指示》是您的權利。最重要的是，當您因疾病或傷情而無法與醫療服務提供者進行溝通時，可透過該文件記錄瞭解您希望如何接受護理。請聯絡您的護理經理以協助完成此類文件。如果您已經有《預先指示》，請將其中一份交給您的護理經理。

可應需求可提供的資訊

- 有關 UltraCare 的架構與營運的資訊；
- 有關某種疾病的特定臨床審核標準以及 UltraCare 在授權服務時考慮的其他資訊；
- 關於受保護健康資訊的政策和程序；
- 組織安排書面說明以及現行品質保證程序和表現改進計劃；
- 服務提供者審查政策；

UltraCare 近期經認證財務報表副本，以及 UltraCare 用於確定服務提供者資格的政策和程序。

UltraCare 會員服務部 1-866-986-0356（聽力障礙電傳：711）



NOTICE OF NON-DISCRIMINATION

MetroPlus Health Plan complies with Federal civil rights laws. **MetroPlus Health Plan** does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

MetroPlus Health Plan provides the following:

- Free aids and services to people with disabilities to help you communicate with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

- Free language services to people whose first language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, call **MetroPlus Health Plan** at 1-800-303-9626. For TTY/TDD services, call 711.

If you believe that **MetroPlus Health Plan** has not given you these services or treated you differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with **MetroPlus Health Plan** by:

Mail: 50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004
Phone: 1-800-303-9626 (for TTY/TDD services, call 711)
Fax: 1-212-908-8705
In person: 50 Water Street, 7th Floor, New York, NY 10004
Email: Grievancecoordinator@metroplus.org

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by:

Web: Office for Civil Rights Complaint Portal at
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Mail: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Complaint forms are available at
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
Phone: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

Language Assistance

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-303-9626 (TTY: 711) .	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-303-9626 (TTY: 711)。	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-303-9626 (TTY: 711) رقم هاتف الصم والبكم	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-800-303-9626 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-303-9626 (телетайп: ТТУ: 711).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Italian
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-303-9626 (TTY: 711).	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-303-9626 (TTY: 711).	French Creole
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-303-9626 (TTY: 711)	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Tagalog
লক্ষ্য করুনঃ যদি আপদন বা লক্ষ্যতা বলেত পাতেন, োহতল দনঃখেচায় ভাষা সহােয়া পদেতষবা উপলদ্ধ আতো ফান করুন ১-1-800-303-9626 (TTY: 711)	Benga
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-303-9626 (TTY: 711).	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-303-9626 (TTY: 711)	Urdu

MULTI-LANGUAGE INSERT | MULTI-LANGUAGE INTERPRETER SERVICES

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 866.986.0356. Someone who speaks English and other languages 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 866.986.0356. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 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 866.986.0356。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 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 866.986.0356。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 866.986.0356. 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 866.986.0356. 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 866.986.0356 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 866.986.0356. 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 866.986.0356 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 866.986.0356. 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 866.986.0356. 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 दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 866.986.0356 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 866.986.0356. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: 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 866.986.0356. 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 866.986.0356. 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 866.986.0356. 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、866.986.0356 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。



50 Water St., 7th Floor • New York, NY 10004



METROPLUSMEDICARE.ORG

PLEASE CALL OUR 24/7 HELP LINE
AT 866.986.0356 (TTY: 711) AND A
REPRESENTATIVE WILL ASSIST YOU.