



欢迎加入这个 大家庭

健康和恢复计划会员手册
Wellness4Me

2023 年

United
Healthcare
Community Plan



非歧视声明

UnitedHealthcare Community Plan 遵守联邦民权法律。UnitedHealthcare Community Plan 不会因为种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而排斥或区别对待人们。

UnitedHealthcare Community Plan:

- 为残疾人士提供免费的协助及服务，以协助他们与我们沟通，例如：
 - 合格的手语译员
 - 其他格式的书面信息（大号印刷体、音频、可访问的电子格式、其他格式）
- 为母语为非英语的人士提供免费语言服务，例如：
 - 合格的口译员
 - 用其他语言书写的信息

如果您需要这些服务，请拨打您会员 ID 卡上所列的免费会员电话。

如果您认为 UnitedHealthcare Community Plan 因为种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而未向您提供这些服务或对您区别对待，您可以通过以下方式向民权协调员提出申诉：

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

电子邮箱： UHC_Civil_Rights@uhc.com

电话： **1-866-433-3413**, 听障专线： **711**

您也可以通过以下方式向美国卫生与公众服务部民权办公室提交民权投诉：

网站： 民权办公室的投诉门户网站：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

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

电话： 免费电话 1-800-368-1019、1-800-537-7697 (语障专线)

我们提供免费服务，以帮助您与我们沟通。例如其他语言或较大印刷体的书信。或者，您可请求口译服务。如需帮助，请拨打 **1-866-433-3413** (听障专线： **711**) 致电会员服务部，该热线每周 7 天，每天 24 小时提供服务。

2 UnitedHealthcare Community Plan® 是 UnitedHealthcare of New York, Inc. 的商标。

注意：您可以免费获取语言帮助服务。

请致电 1-866-433-3413，听障专线：711

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

重要电话号码

会员服务部	1-866-433-3413
(每周 7 天, 每天 24 小时开放)	
语障/听障专线	711
您的初级保健医生:	查看您的 UnitedHealthcare Community Plan ID 卡
护士热线	1-877-597-7801
事先授权部	1-866-604-3267
纽约州健康之家部	1-518-473-5569
行为健康服务部	1-800-493-4647
纽约州卫生局 (投诉)	1-800-206-8125
纽约 Medicaid CHOICE	1-800-505-5678
纽约州健康成长热线	1-800-522-5006
美国国家防自杀生命线	
电话	988
线上咨询	988lifeline.org/chat
家庭暴力热线	
英语	1-800-942-6906
西班牙语	1-800-942-6908
听障专线	1-800-810-7444
纽约州人类免疫缺陷病毒/艾滋病热线	
英语	1-800-541-AIDS (2437)
西班牙语	1-800-233-SIDA (7432)
听障专线	1-800-369-AIDS (2437)
纽约州公平听证会	1-800-342-3334
纽约州金融服务管理局	1-800-342-3736
北部县社会服务部:	
奥尔巴尼县社会服务部	1-518-447-7300
布鲁姆县社会服务部	1-607-778-2669
卡尤加县社会服务部	1-315-253-1011
学托扩县社会服务部	1-716-661-8200
希芒县社会服务部	1-607-737-5309
希南戈县社会服务部	1-607-337-1500
克林顿县社会服务部	1-518-565-3222
哥伦比亚县社会服务部	1-518-828-9411
达奇斯县社会服务部	1-845-486-3000
伊利县社会服务部	1-716-858-8000
埃塞克斯县社会服务部	1-518-873-3450
富兰克林县社会服务部	1-518-483-6770

4 **有疑问? 拨打 1-866-433-3413 (听障专线: 711), 致电会员服务部**
(如遇心理健康或药物滥用危机, 请按 8)

北部县社会服务部 (续) :

富尔顿县社会服务部	1-518-736-5640
杰纳西县社会服务部	1-585-344-2580
格林县社会服务部	1-518-943-3200
赫基默县社会服务部	1-315-867-1291
杰斐逊县社会服务部	1-315-782-9030
刘易斯县社会服务部	1-315-376-5105
利文斯顿县社会服务部	1-585-243-7300
麦迪逊县社会服务部	1-315-366-2211
门罗县社会服务部	1-585-753-2740
尼亚加拉县社会服务部	1-716-439-7600
奥奈达县社会服务部	1-315-798-5632
奥农多加县社会服务部	1-315-435-2928
安大略县社会服务部	1-585-396-4060
奥兰治县社会服务部	1-845-291-4000
奥尔良县社会服务部	1-585-589-7000
奥斯威戈县社会服务部	1-315-963-5000
伦斯勒县社会服务部	1-518-270-3928
罗克兰县社会服务部	1-845-364-2000
塞尼卡县社会服务部	1-315-539-1865
斯克内克塔迪县社会服务部	1-518-388-4470
圣罗伦斯县社会服务部	1-315-379-2276
泰奥加县社会服务部	1-877-882-8313
阿尔斯特县社会服务部	1-845-334-5000
沃伦县社会服务部	1-518-761-6300
韦恩县社会服务部	1-315-946-4881
威彻斯特县社会服务部	1-800-549-7650
怀俄明县社会服务部	1-585-786-8900
耶芝县社会服务部	1-315-536-5183

纽约市和长岛:

拿索县社会服务部	1-516-227-8000
纽约市人力资源管理局	1-718-557-1399
纽约市人力资源管理局 (5 个行政区内)	1-877-472-8411
萨福克县社会服务部 (Hauppauge)	1-631-853-8730
萨福克县社会服务部 (Riverhead)	1-631-852-3710
萨福克县社会服务部 (Ronkonkoma)	1-631-854-9700

其他有用资源

戒瘾服务和支持办公室 (OASAS): <https://oasas.ny.gov/>

如需对计划提出投诉, 请拨打 **1-800-553-5790**。

顾问投诉, 请拨打**1-800-482-9564**, 选择 5。

儿童和家庭服务办公室 (OCFS): <http://ocfs.ny.gov/main/>

心理健康办公室 (OMH): <https://www.omh.ny.gov/omhweb/about/>

如需投诉, 拨打免费电话 **1-800-597-8481**, 致电 OMH 客户关系部。

发育性残疾人士办公室 (OPWDD): <https://www.opwdd.ny.gov>

独立消费者权益宣导网络 (ICAN): www.icannys.org

电话: **1-844-614-8800** (听障专线中转服务: **711**)

电子邮件: ican@cssny.org

CHAMP 纽约州戒瘾和精神保健社区卫生项目:

电话: **1-888-614-5400**

邮箱: Ombuds@oasas.ny.gov

美国国家防自杀生命线:

电话: **988**

线上咨询: 988lifeline.org/chat

网站 myuhc.com/CommunityPlan

其他医疗服务提供者

您的初级保健医生: _____ 电话: _____

离您最近的急诊室: _____ 电话: _____

当地药房: _____ 电话: _____

6 **有疑问? 拨打 1-866-433-3413 (听障专线: 711), 致电会员服务部**
(如遇心理健康或药物滥用危机, 请按 8)

目录

欢迎了解 UnitedHealthcare Community Plan 健康和恢复计划	9
健康和恢复计划如何为您保驾护航	10
如何使用本手册	12
您的健康计划 ID 卡	15
第一部分 — 首要须知事项	16
如何选择您的初级保健医生 (PCP)	16
Health Home 诊疗护理管理	19
定期医疗保健	20
行为健康诊疗护理、家庭和社区服务 (HCBS)、面向社区的恢复和赋权 (CORE) 服务	22
如何获得专科医生诊疗护理和转介服务	22
无需转介即通过我们的计划获得的服务	25
紧急情况	28
紧急诊疗护理	29
美国境外的诊疗护理	30
我们的宗旨: 帮您保持健康	30
第二部分 — 您的福利和计划程序	31
福利	31
行为健康诊疗护理	39
您可以通过我们的计划或使用您的 Medicaid 卡获得的福利	44
只能使用您的 Medicaid 卡获享的福利	45
非紧急运送服务	45
紧急运送服务	48
发育性残疾	48

不承保的服务	48
收到账单时如何处理	49
使用管理	51
服务授权和操作	51
有关诊疗护理的其他决定	55
我们的医疗保健提供者获得报酬的方式	56
您可以提出意见, 帮助我们制定计划政策	56
及时告知我们	57
退出和转出	58
计划申诉	60
外部申诉	65
公平听证会	67
投诉流程	69
会员权利和责任	72
新技术	73
预立指示	74

欢迎了解 UnitedHealthcare Community Plan 健康和恢复计划

很高兴您加入 UnitedHealthcare Community Plan。UnitedHealthcare Community Plan 是一项由纽约州批准的健康和恢复计划，简称 HARP。HARP 是一项新计划，为 Medicaid 会员提供医疗保健以及行为健康诊疗护理。在本手册中，行为健康是指心理健康、药物滥用和康复。

HARP 是一项特殊的医疗保健计划，加入其中的医疗保健提供者有丰富的经验，可为需要心理健康和/或药物滥用诊疗护理以保持健康的人提供治疗服务。我们还提供诊疗护理管理服务，协助您和您的医疗保健团队相互配合，以尽可能保持您的健康。

本手册将为您提供指南，让您了解您可以获享的全部医疗保健服务。

如果您居住在纽约州的以下县，即有资格加入该计划：

奥尔巴尼、布鲁姆、卡尤加、学托扩、希芒、希南戈、克林顿、哥伦比亚、达奇斯、伊利、埃塞克斯、富尔顿、杰纳西、格林、赫基默、杰斐逊、刘易斯、利文斯顿、麦迪逊、门罗、拿索、尼亚加拉、奥奈达、奥农达加、安大略、奥尔治、奥斯威戈、伦塞拉尔、罗克兰、塞尼卡、圣罗伦斯、萨福克、泰奥加、阿尔斯特、沃伦、威彻斯特、怀俄明县；及纽约市（包括布朗克斯县、国王县、皇后县、里士满县和纽约县）

在您成为 UnitedHealthcare Community Plan 的新会员后，我们希望竭力为您创造一个良好的开端。为了更好地了解您的情况，我们将在接下来的两周内与您联系。您可以向我们提出任何问题，或者让我们帮您预约。如果您想更早地跟我们交谈，只需拨打 **1-866-433-3413**（听障专线：**711**）联系我们。您也可以访问我们的网站 myuhc.com/CommunityPlan，获取更多关于 UnitedHealthcare Community Plan 的信息。

健康和恢复计划如何为您保驾护航

我们的计划通过医疗保健提供者为您提供服务

您可能已经目睹或听闻医疗保健的变化。许多消费者通过管理式诊疗护理获享健康福利，这种管理式计划提供了一个诊疗护理中心。如果您一直使用 Medicaid 卡获得行为健康服务，现在可通过 UnitedHealthcare Community Plan 享受这些服务。

作为 UnitedHealthcare Community Plan 的会员，您不仅享有所有常规 Medicaid 福利，还可以获得专科服务来帮您实现健康目标。我们会提供更多服务，帮助您获得及保持健康，并帮助您康复。

UnitedHealthcare Community Plan 为符合资格的会员提供多项服务，即行为健康家庭和社区服务 (BH HCBS) 与面向社区的恢复和赋权 (CORE) 服务。

BH HCBS 可通过以下服务项目帮助您：

- 教育支持服务
- 就业前服务
- 过渡性就业
- 集中支持就业
- 持续支持就业
- 适应性训练
- 非医疗运送
- 危机干预服务
- 危机居住服务

CORE 可通过以下服务项目帮助您：

- 社区精神病学支持和治疗
- 家庭支持和培训
- 赋权服务 — 朋辈支持
- 社会心理康复

作为 UnitedHealthcare Community Plan 的会员，您还将有机会加入 Health Home，并与诊疗护理经理会面，该经理将与您的所有身体健康和行为健康服务提供者协作，特别关注您的整体医疗保健需求。Health Home 诊疗护理经理将协助确保您获得您可能需要的医疗服务、行为健康服务和社会服务，例如在居住和食物方面获得帮助。

您可能一直使用 Medicaid 卡获得服务，现在可通过 UnitedHealthcare Community Plan 享受。如需了解您已获享的服务是否可由 UnitedHealthcare Community Plan 提供，请致电 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**) 联系会员服务部。

您和您的医疗保健团队将共同努力，确保您尽可能拥有最佳身心健康状态。您也可以得到促进健康生活的特殊服务，如营养课程和戒烟帮助。

UnitedHealthcare Community Plan 与纽约州卫生局签有合约，以满足 Medicaid 患者的医疗保健需求。为此，我们精心选择一批医疗保健、心理健康和药物滥用服务提供者来帮助我们满足您的需求。这些全科和专科医生、医院、诊所、实验室、个案管理人员和其他保健设施构成了我们的**医疗保健提供者网络**。您可以在我们的《医疗保健提供者名录》中找到一份名单。如果您没有《医疗保健提供者名录》，可拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**) 致电会员服务部索要，也可登录 myuhc.com/CommunityPlan，访问我们的网站。

当您加入 UnitedHealthcare Community Plan 时，我们的一个医疗保健提供者将尽心尽力照顾您的健康。大部分时候，将由**初级保健医生 (PCP)** 负责您的健康。您可能想从您的心理健康或药物滥用诊所选择一名 PCP。如果您需要做检查，看其他专科医生，或去医院，您的初级保健医生会为您安排。

您的初级保健医生可全天候随时为您提供服务。如果您需要在下班后或周末与其交谈，请留言并留下您的联系方式。您的初级保健医生会尽快给您答复。尽管您的医疗保健服务主要来自您的初级保健医生，但在某些情况下，您可以自行向其他医生寻求某些服务。详情见第 25 页。

在下列情况下，您可能只能获得特定计划医疗保健提供者的服务：

- 因同一问题接受多位医生的诊疗护理
- 接受超过所需次数的诊疗护理
- 以可能危害您健康的方式使用处方药
- 允许除您以外的其他人使用您的计划 ID 卡

保密

我们尊重您的隐私权。UnitedHealthcare Community Plan 默认您、您的家人、您的医生和其他诊疗护理提供者之间相互信任，未经您的书面许可，UnitedHealthcare Community Plan 绝不会泄露您的病史或行为健康史。只有 UnitedHealthcare Community Plan、您的初级保健医生、您的 Health Home 诊疗护理经理和为您提供诊疗护理的其他提供者，以及您的授权代表才有您的临床资料。您的初级保健医生和/或 Health Home 诊疗护理经理在将您转介至此类其他诊疗护理提供者之前，会事先与您商量。UnitedHealthcare Community Plan 工作人员接受过培训，会对会员信息严格保密。

如何使用本手册

本手册将向您介绍新的医疗保健计划如何为您服务，以及您如何充分利用 UnitedHealthcare Community Plan 提供的服务；是您的健康和保健服务指南；详细指引您获享计划的各项福利。

本手册的前几页介绍您急需了解的内容。其余部分可在您需要了解的时候再继续阅读。将其作为参考，或每次查阅一点。如有任何疑问，参阅本手册或拨打 **1-866-433-3413**（听障专线：**711**），致电我们的会员服务部。您也可以拨打纽约 Medicaid Choice 热线：1-800-505-5678。

您可以在**有问题时随时**致电会员服务部寻求帮助。也可致电我们选择或更换您的初级保健医生（简称“PCP”）、询问福利和服务、寻求转诊帮助、更换遗失的 ID 卡、告知您怀孕、新生儿出生或咨询任何可能影响您福利的变更。

我们对您成为 UnitedHealthcare Community Plan 会员倍感荣幸。期待您从**阅读本手册开始**，让您的医疗保健体验尽可能简单顺畅。

我们的会员支持者可以回答您有关计划所承保福利的问题，并帮您选择新的 PCP（如果您还没有）。我们甚至可以帮助您与您的医生预约健康访视。

作为一名新会员，您将收到我们训练有素的会员支持者的电话，欢迎您加入我们的计划。会员支持者能够回答您关于您的福利和医生的任何问题，并帮助您完成健康评估。

健康评估须知

- 健康评估是一项简短的调查，向您提出一些关于您的生活方式和健康的简单问题。
- 帮助您更好地了解自身健康状况
- 帮助您充分受益于健康计划
- 帮助我们为您匹配您可获得的多项福利和服务
- 您的回答将予以保密
- 您的回答不会以任何方式缩小您的医疗保健覆盖范围
- 只需几分钟即可完成！

错过了我们的欢迎电话?

会员支持者的工作时间为周一至周五上午 8:00 到下午 6:00。只需拨打 **1-800-493-4647** (听障专线: **711**) 即可。我们可以回答您的任何问题, 并帮助您在几分钟内完成健康评估。

如果您想与 UnitedHealthcare 代表当面交流, 详细了解您的健康计划承保范围, 请联系我们当地的社区办事处, 安排与代表会面的时间。我们有便利的社区办事处:

国王县

6402 8th Avenue, Suite 107
Brooklyn, NY 11220
营业时间:
周一至周五上午 9:00 到下午 5:30

2343 86th Street
Brooklyn, NY 11214
营业时间:
周一至周五上午 9:00 到下午 5:30

164 Brighton 11th Street
Brooklyn, NY 11235
营业时间:
周一至周五上午 10:00 到下午 6:00

尼亚加拉县

810 Portage Road
Niagara Falls, NY 14301
电话: 716-285-8568
营业时间:
周一至周五上午 9:00 到下午 4:30

纽约县

161 Canal Street
New York, NY 10013
营业时间:
周一至周五上午 9:00 到下午 5:00

35 East Broadway
New York, NY 10002
营业时间:
周一至周五上午 9:00 到下午 5:00

奥农达加县

7608 Oswego Road
Liverpool, NY 13090
电话: 315-221-5114 或 315-221-5115
营业时间:
周一至周五上午 9:00 到下午 4:00

皇后县

136-02 Roosevelt Avenue
Flushing, NY 11354
营业时间:
周一至周五上午 9:00 到下午 5:00

37-52 82nd Street
Jackson Heights, NY 11473
营业时间:
周一至周五上午 10:00 到下午 4:00

萨福克县

462 Suffolk Avenue
Brentwood, NY 11717
电话: 631-231-0180 或 631-231-0181
营业时间:
周一至周五上午 9:00 到下午 4:00

威彻斯特县

215 North Avenue, Unit C
New Rochelle, NY 10803
营业时间:
周一至周五上午 9:00 到下午 5:00

欢迎

如果您不会说英语，我们可以帮助您。无论您讲哪种语言，我们都会尽全力让您了解如何利用您的医疗保健计划。敬请来电垂询，我们会想办法用您的语言与您交谈。我们有许多人可以提供帮助。我们还将帮您找到一位能用您的语言与您交谈的初级保健医生 (PCP)。

对于残疾人士：如果您使用轮椅，或失明，或有听力或理解障碍，需要额外帮助，请致电我们。我们可以告诉您，某个医疗保健提供者诊室是否方便轮椅进出，或者是否配备了特殊的通信设备。此外，我们还提供以下服务：

- 听说障碍人士专用设备（我们的听障专线电话号码为 **711**）
- 大号字体资料
- 个案管理
- 帮助安排预约或赴约
- 专门治疗您的残疾的医疗保健提供者的姓名/名称和地址

如果您目前在家中接受诊疗护理，您的护士或护理人员可能不知道您已加入我们的计划。**立即打电话给我们**，以确保您的居家诊疗护理不会意外停止。

会员服务部帮助

1-866-433-3413, 听障专线: 711

会员服务部每周 7 天，每天 24 小时随时为您提供帮助。拨打 **1-866-433-3413**，听障专线：**711**。

您的健康计划 ID 卡

在您注册后, 我们会向您发出一封《**欢迎信**》。您的 UnitedHealthcare Community Plan ID 卡应在您注册后 14 天内送达。卡上有您的初级保健医生 (PCP) 的姓名和电话号码, 还有客户识别号 (CIN)。如果您的 UnitedHealthcare Community Plan ID 卡有任何问题, 请立即联系我们。您的 ID 不会显示您有 Medicaid, 也不会表示 UnitedHealthcare Community Plan 是一种特殊的健康计划。

随时携带您的 ID 卡, 每次就诊时都要出示。如果您在卡送达之前需要诊疗护理, 可使用《**欢迎信**》证明您是 UnitedHealthcare Community Plan 会员。**也请保管好您的 Medicaid 福利卡。您还需要该卡, 才能获享 UnitedHealthcare Community Plan 不涵盖的服务。**



健康计划 (80840) 911-87726-04

会员 ID: 001000095 团体编号: Well4Me

会员:
NEW T ENGLISH 支付者 ID: 87726

客户识别号: 9999999437

PCP 姓名:
DOUGLAS GETWELL
PCP 电话: (516)827-5757

0501 UnitedHealthcare Community Plan - Wellness4Me
由 UnitedHealthcare of New York, Inc. 管理

如遇紧急情况, 请前往最近的急诊室或拨打 911。 印刷时间: 2023 年 1 月 26 日

本卡并不保证承保。如需协调诊疗护理事宜, 请致电您的 PCP。如需核实福利或查找医疗保健提供者, 请访问网站 myuhc.com/communityplan 或致电。

对于会员:	866-433-3413	听障专线: 711
护士热线:	877-597-7801	听障专线: 711
NYRx 会员服务部:	855-648-1909	听障专线: 711

对于医疗保健提供者: UHCprovider.com 866-362-3368
 医疗理赔: PO Box 5240, Kingston, NY, 12402-5240

药房理赔: Rx 银行识别号 004740 对于药剂师: NYRx: 800-343-9000
 处方开具者发起获得事先授权的流程: 877-309-9493

有疑问? 拨打 1-866-433-3413 (听障专线: 711), 致电会员服务部 15
 (如遇心理健康或药物滥用危机, 请按 8)

第一部分 — 首要须知事项

如何选择您的初级保健医生 (PCP)

您的会员 ID 卡上所列的初级保健医生 (PCP) 是为您指定的初级保健医生。

这对您来说意味着什么？

您只能从您的会员 ID 卡上的 PCP 或该 PCP 所在的诊所中的另一位 PCP 处获得初级诊疗护理服务。您的 PCP 将提供常规医疗保健服务，并在需要时转介给其他医生。

您需要做什么？

查看您的会员 ID 卡，确保上面所列的 PCP 正确无误。如果您的 ID 卡显示另一位 PCP，或您想选择另一位 PCP，请随时拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**) 致电会员服务部，接线员每周 7 天，每天 24 小时提供在线服务。如果您需要更改您的会员 ID 卡上所列的 PCP 姓名，我们将给您寄去一张有新信息的替代卡。

为什么我应该找初级保健医生就诊？

定期医疗保健是指检查、定期体检、注射或其他治疗，以帮您保持健康，在您需要时为您提供建议，并在必要时将您转介至医院或专科医生。这意味着您要您的 PCP 共同努力保持您的健康或确保您获得所需的诊疗护理。无论何时，只要拨打电话，您的 PCP 就会为您服务。

有疑问？

如果您有任何疑问，或想更换您的 PCP，请拨打我们的免费电话 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**)，该热线每周 7 天，每天 24 小时开放。

您可能想找这样的医生：

- 您之前就诊过
- 了解您的健康问题
- 接收新患者
- 会使用您的语言和您交流
- 所在位置方便到达
- 在您常去的诊所

您也可以在我们的行为健康诊所选择一名 PCP

在本手册中，您应该会看到一份《医疗保健提供者名录》。该名录列出了医护人员、诊所、医院、实验室以及与 UnitedHealthcare Community Plan 合作的其他机构或人员。其中包含医生的姓名、地址和电话，以及专业资格、专业、就读的医学院、住院医师和委员会认证状况。《医疗保健提供者名录》显示哪些医生和医疗保健提供者接收新患者。您应该致电其诊室，确保他们在您选择 PCP 时接收新患者。您也可以在我们的网站上获得医疗保健提供者名单：myuhc.com/CommunityPlan。

女士无需选择初级妇产科医生，可以从任何加入计划的妇产科医生那里得到诊疗护理。女士无需 PCP 转介，即可到加入计划的妇产科医生处就诊，可以进行常规体检（一年两次），如果有问题，可以接受随访诊疗护理，并在怀孕期间获得定期诊疗护理服务。妇产科诊疗护理没有就诊限制。

我们还与联邦认证的健康中心 (FQHC) 签订了合约。所有 FQHC 都提供初级和专科诊疗护理。一些消费者希望获得 FQHC 的诊疗护理，因为这些中心在附近地区存在时间较长。您可能也想选择 FQHC，因为位置较近，方便到达。您应该知道，您有选择权。您可以选择我们名录中所列的任何一个医疗保健提供者。或者您也可以通过注册从与我们合作的 FQHC 中选择一名初级保健医生；他们都在《医疗保健提供者名录》中。如需帮助，只需拨打免费电话 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**)，致电会员服务部。

第一部分 — 首要须知事项

在大多数情况下，您的医生都是 UnitedHealthcare Community Plan 医疗保健提供者。在四种情况下，您仍然可以到您在加入 UnitedHealthcare Community Plan 之前接受其服务的另一个医疗保健提供者处就诊。在这些情况下，您的医疗保健提供者必须同意与 UnitedHealthcare Community Plan 合作。这四种情况如下：

- 在您加入 UnitedHealthcare Community Plan 并接受产前诊疗护理时，您已怀孕 3 个月以上。在这种情况下，您可以继续在该医生处就诊，直至完成产后诊疗护理。
- 在您加入 UnitedHealthcare Community Plan 时，您患有危及生命的疾病或病症，且病情会随着时间推移而恶化。在这种情况下，您可以使用您之前的医生最长 60 天。
- 在您加入 UnitedHealthcare Community Plan 时，您正在接受行为健康病症治疗。在大多数情况下，您仍然可以找同一医疗保健提供者就诊。一些人可能只能选择与健康计划合作的医疗保健提供者。还请务必与您的医疗保健提供者讨论该变更。UnitedHealthcare Community Plan 将与您和您的医疗保健提供者协作，以确保您持续获得所需的诊疗护理。
- 在您加入 UnitedHealthcare Community Plan 时，常规 Medicaid 会支付您的居家诊疗护理费用，且您需要持续接受该诊疗护理至少 120 天。在这种情况下，您可以使用同一居家诊疗护理机构、护士或护理人员，接受数量同等的服务至少 90 天。UnitedHealthcare Community Plan 必须在居家诊疗护理的任何变更生效前告知您。

如果您需要**变更您的 PCP**，您可以在首次预约您的 PCP 后 30 天内变更。之后，您可以每年无理由更换三次，如果您有充分的理由，可以更换更多次。您也可以更换 PCP 为您转介的妇产科医生或专科医生。

如果您的医疗保健提供者退出 UnitedHealthcare Community Plan，我们将在得知此事后的 5 天内通知您。如果您已怀孕三个月以上或正在接受某种疾病的持续治疗，只要您愿意，还可以前往该医疗保健提供者处就诊。如果您已怀孕，您可以继续在医生处就诊，直至完成产后诊疗护理。如果您因特殊疾病而定期问诊，您可以继续您目前的治疗过程，最长可达 90 天。您的医生必须同意在这段时间内与 UnitedHealthcare Community Plan 合作。如果以上任一种情形适用于您，向您的 PCP 商议，或拨打 **1-866-433-3413**（听障专线：**711**），致电会员服务部。

Health Home 诊疗护理管理

UnitedHealthcare Community Plan 负责提供和协调您的身体健康诊疗护理和行为健康服务。我们使用“Health Home”为我们的会员协调服务。您可以自行选择是否加入 Health Home，我们鼓励您加入 Health Home 以便获得诊疗护理管理。

UnitedHealthcare Community Plan 可以帮助您注册 Health Home，Health Home 将为您指定您的个人 Health Home 诊疗护理经理。该经理可帮助您预约、获得社会服务，并跟踪您的进展。

您的 Health Home 负责为您进行评估，以确定您可能需要哪些行为健康家庭和社区服务 (BH HCBS)。您可能有资格获得 1 级或 2 级 BH HCBS。使用纽约州资格评估来确定是否有资格获得 1 级或 2 级 BH HCBS。1 级 BH HCBS 包括就业和教育支持。2 级涵盖 1 级服务，并包括适应性训练。有资格获得 1 级或 2 级 BH HCBS 的个人可享受非医疗运送服务。如果根据已完成的纽约州资格评估 (NYS EA) 确定您有资格获得 BH HCBS，您和您的 Health Home 诊疗护理经理将共同为您量身定制诊疗护理计划。

您的 Health Home 诊疗护理经理可以：

- 与您的 PCP 和其他医疗保健提供者合作，协调您所有的身体健康诊疗护理和行为健康诊疗护理；
- 与您信任的人（如家人或朋友）一同帮助您规划和获得诊疗护理；
- 支持您获得社会服务，如补充营养援助计划（食品券）和其他社会服务福利；
- 与您一起制定诊疗护理计划，以帮助确定您的需求和目标；
- 帮您预约 PCP 和其他医疗保健提供者；
- 帮您控制持续存在的疾病，如糖尿病、哮喘和高血压；
- 帮您寻找有助于减肥、健康饮食、锻炼和戒烟的服务；
- 在治疗期间为您提供支持；
- 在您社区内寻找您需要的资源；
- 帮您寻找或申请稳定的住所；
- 帮您在住院后安全返回家中；
- 确保您获得随访诊疗护理、药物和其他所需服务。

您的 Health Home 诊疗护理经理将立即与您联系，了解您所需的诊疗护理，并帮您预约。您的 Health Home 诊疗护理经理或 Health Home 医疗保健提供者的人员每周 7 天，每天 24 小时为您提供服务，电话是 **1-866-433-3413**（听障专线：711）。

有疑问？ 拨打 **1-866-433-3413**（听障专线：711），致电会员服务部 19
（如遇心理健康或药物滥用危机，请按 8）

第一部分 — 首要须知事项

如果您已经注册了 Health Home, 或有兴趣加入 Health Home 并接受诊疗护理管理服务, 请拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**), 致电会员服务部, 了解更多关于注册 Health Home 或您是否有资格获得个案管理服务的信息。

如果您陷入危机, 需要立即与人交谈, 请拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**)。

定期医疗保健

您的医疗保健将包括定期体检, 从而更好地满足您的全部医疗保健需求。我们会提供转介至医院或专科医生的服务。我们希望新会员在加入 UnitedHealthcare Community Plan 后不久就能到其初级保健医生处进行首次医疗就诊。这样, 您将有机会与您的初级保健医生谈论您过去的健康问题、您服用的药物以及您的任何疑问。

无论何时, 只要拨打电话, 您的 PCP 就会为您服务。在您有医疗问题或担忧时, 请务必致电您的 PCP。如果您在下班后或周末打电话, 请留言并说明在哪里或如何联系您。您的 PCP 会尽快给您回电话。请记住, 您的 PCP 了解您, 也知道健康计划要求如何为会员服务。

如果您有关于获享服务的问题, 或由于某种原因无法联系到您的初级保健医生, 您可以随时拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**), 致电 UnitedHealthcare Community Plan, 我们每周 7 天, 每天 24 小时提供服务。

您的诊疗护理必须**具有医疗必要性**—您获得的服务必须是实现以下目的所需的:

- 防止或诊断和纠正可能造成更多痛苦的情况, 或
- 处理对您的生命有危险的情况, 或
- 处理可能引起疾病的问题, 或
- 处理一些可能限制您正常活动的问题。

您的 PCP 将处理您的大部分医疗保健需求。您在前往您的 PCP 处就诊时应预约。如果您不能遵守预约, 打电话告诉您的 PCP。

选定 PCP 后, 打电话进行首次预约。尽可能为首次预约做好准备。您的 PCP 需要尽可能多地了解您的病史, 请详细告知。列出您的病史、您现在的任何问题、您正在服用的任何药物, 以及您想向 PCP 提出的问题。在大多数情况下, 您的首次就诊应在加入计划后的 4 周内。如果您在接下来的几周需要诊治, 请在加入 UnitedHealthcare Community Plan 的第一周进行首次预约。您的 Health Home 诊疗护理经理可以帮助您安排和准备您的首次预约。

如果您在首次预约前需要诊疗护理, 致电您的 PCP 诊室, 说明您的问题。您的 PCP 会就此问题与您提前预约一次。(但仍应保留首次预约, 以便讨论病史和提出问题。)

参考以下列表, 了解您请求预约后可能要等待的最长时间。您的诊疗护理经理也可以帮助您安排预约或获得预约。

紧急诊疗护理	24 小时内
非急症就诊	3 天内
常规预防保健	4 周内
首次产前就诊	孕早期 3 周内 (孕中期 2 周内, 孕晚期 1 周内)
首次计划生育就诊	2 周内
心理健康/药物滥用急诊室就诊或住院病人就诊后的随访	5 天
非紧急心理健康或药物滥用专科医生就诊	1 周内
成人初次体检和常规体检	4 周内

行为健康诊疗护理、家庭和社区服务 (HCBS)、面向社区的恢复和赋权 (CORE) 服务

行为健康诊疗护理包括心理健康和药物滥用治疗服务。您可以获得帮助您保持情绪健康的服务，也可以在酗酒或其他药物滥用问题方面获得帮助。

如果您需要帮助来支持您在社区生活，UnitedHealthcare Community Plan 会提供额外的服务，称为行为健康家庭和社区服务 (BH HCBS) 与面向社区的恢复和赋权 (CORE) 服务。这些服务可以帮您无需住院，在社区内生活。一些服务还可以帮助您实现就业、上学或您想努力实现的其他生活方面的目标。

要确定是否有资格获得这些服务，需要接受评估。如需了解更多，请拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**) 联系我们，或向您的诊疗护理经理询问这些服务。

如需详细了解这些服务以及如何获得这些服务，请参阅本手册第 39-44 页。

如何获得专科医生诊疗护理和转介服务

如果您的 PCP 无法提供您需要的诊疗护理，会将您转介给其他可以满足您需求的专科医生。如果您的 PCP 将您转介给另一位医生，我们将支付您的诊疗护理费用。这些专科医生大多是 UnitedHealthcare Community Plan 的医务人员。与您的 PCP 交谈，确保您知道转介是如何进行的。

如果您认为该专科医生不能满足您的需要，请与您的 PCP 讨论。如果您需要看其他专科医生，您的 PCP 可以帮助您。

有些治疗和服务必须在您的 PCP 要求我们的计划批准后，您才能获得。您的 PCP 将告诉您这些治疗和服务的具体项目。

会员只需其 PCP 转介后, 即可到以下专业类别的医务人员处就诊:

- 变态反应与免疫学
- 皮肤病学
- 内分泌学
- 肠胃病学
- 普通外科
- 神经外科
- 矫形外科
- 耳鼻喉科学
- 物理医学和康复/理疗学
- 整形外科
- 脚病学
- 肺科医学
- 运动医学
- 泌尿学
- 血管外科

所有其他专业类别将不再需要转介。

如果您在获得您认为自己所需的转介方面遇到困难, 请联系会员服务部, 电话是 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**)。

如果我们在 UnitedHealthcare 网络内没有可以为您提供所需诊疗护理的专科医生, 我们将请 UnitedHealthcare 网络外的专科医生为您提供所需的服务。这称为网络外转介。您的 PCP 或加入计划的医疗保健提供者在为您办理网络外转介之前, 必须请求 UnitedHealthcare Community Plan 批准。如果将您转介至不在我们网络内的医疗保健提供者, 除了本手册所述的共付额外, 您无需承担任何费用。您的 PCP 必须致电 UnitedHealthcare 事先授权部 (电话: 1-866-604-3267) 获得授权, 以便您能够前往不在 UnitedHealthcare 网络内的专科医生处就诊。该专科医生必须同意与 UnitedHealthcare 合作, 并接受我们的付款作为全额付款。此授权称为“预授权”。如果您的 PCP 将您转介给不在 UnitedHealthcare 网络内的专科医生, 其将在进行转介时向您解释这一切。如需了解申请到不在 UnitedHealthcare 网络内的医疗保健提供者处就诊时应提供哪些文件, 请参见**服务授权和操作**部分。如果 UnitedHealthcare Community Plan 就使用不在 UnitedHealthcare 网络内的医疗保健提供者给予批准, 则您无需承担任何费用, 但本手册中所述的任何共付额除外。

有时我们可能不批准网络外转介, 因为我们有可以为您治疗的 UnitedHealthcare Community Plan 医疗保健提供者。如果您认为加入计划的医疗保健提供者未接受过或不具备治疗您的适当培训或经验, 您可以要求我们核实您的网络外转介是否具有医疗必要性。在这种情况下, 您需要提出**计划申诉**。请参阅第 60 页, 了解如何提出。

第一部分 — 首要须知事项

您需要请您的医生将以下资料与您的计划申诉一同寄出：

1. 一份书面声明，表示 UnitedHealthcare Community Plan 的医疗保健提供者未接受过或不具备满足您需求的适当培训或经验；以及
2. 一份推荐信，为您推荐接受过或具备适当培训或经验、能够为您治疗的网络外医疗保健提供者。

您的医生必须是经过委员会认证或符合委员会资格的专科医生，所提供的治疗服务与您要求的治疗相同。

有时，我们可能不会同意特定治疗的网络外转介，因为您要求的诊疗护理与您从 UnitedHealthcare Community Plan 医疗保健提供者处可获得的诊疗护理并无太大差别。您可以要求我们核实您希望获得的治疗的网络外转介是否具有医疗必要性。在这种情况下，您需要提出**计划申诉**。请参阅第60页，了解如何提出。

您需要请您的医生将以下资料与您的计划申诉一同寄出：

1. 您的医生出具的书面声明，表示网络外治疗与您可从 UnitedHealthcare Community Plan 医疗保健提供者处获得的治疗差别很大。您的医生必须是经过委员会认证或符合委员会资格的专科医生，所提供的治疗服务与您要求的治疗相同；以及
2. 两份医学或科学文件，证明与您从 UnitedHealthcare Community Plan 医疗保健提供者处获得的治疗相比，您要求的治疗对您更有帮助，且不会对您造成更多伤害。

如果您的医生未寄出这些资料，我们仍会审查您的申诉。但您可能没有资格提出外部申诉。参阅第65页了解有关外部申诉的更多些信息。

您可能需要看专科医生，针对您的医疗或行为健康病症获得持续的诊疗护理，那么，您的 PCP 可能按指定的就诊次数或时长为您转介（长期转介）。如您获得**长期转介**，就无需在每次接受诊疗护理时重新转介。

如果您患有长期疾病或随着时间推移病情加重的致残性疾病，您的 PCP 可为您安排：

- 专科医生成为您的 PCP；或
- 转介至为您治疗疾病的专科诊疗护理中心。

您也可以致电会员服务部，请求帮助您就诊专科诊疗护理中心。

24 **有疑问？** 拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: 711)，致电会员服务部
(如遇心理健康或药物滥用危机，请按 8)

如果您想要您的专科医生担当您的 PCP, 您应与您的专科医生商讨, 并询问该医生是否愿意担当您的 PCP。这意味着, 您的专科医生将负责管理您的整体健康需求、协调实验室检查、X 光以及其他专科医生就诊。如果您的专科医生同意, 请要求其向以下地址发送一封书面信函, 确认其愿意担当您的 PCP, 并说明原因:

Member Services Director
UnitedHealthcare Community Plan
One Penn Plaza, 8th Floor
New York, NY 10119

我们将审查您的申请, 并在更换 PCP 之后通知您。

如果您想看其他专科医生, 请与您的 PCP 讨论, 或拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**), 致电会员服务部。

无需转介即通过我们的计划获得的服务

妇女医疗保健

在下列任一种情况下, 您无需 PCP 转介即可到我们的医疗保健提供者处就诊:

- 您已怀孕, 或
- 您需要妇产科服务, 或
- 您需要计划生育服务, 或
- 您想找助产士, 或
- 您需要做乳房或骨盆检查。

计划生育

您可以获得以下计划生育服务: 关于计划生育的建议、计划生育处方、男用和女用避孕套、验孕、绝育或堕胎。在您因这些事项就诊时, 您还可以接受性传播感染检测、乳腺癌检查或骨盆检查。

您**无需 PCP 转介**即可获得这些服务。事实上, 您可以选择在哪里获得这些服务。您可以**使用您的 UnitedHealthcare Community Plan ID 卡到我们的计划生育服务提供者处就诊**。查阅计划的《医疗保健提供者名录》或致电会员服务部, 帮您寻找所需的医疗保健提供者。

第一部分 — 首要须知事项

或者, 如果您想到我们计划外的医生处或诊所就诊, 您可以**使用您的 Medicaid 卡**。询问您的 PCP 或拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**) 致电会员服务部, 了解获取这些服务的地点。您也可以拨打纽约州健康成长热线 (1-800-522-5006), 了解您附近的计划生育服务提供者的名称/名字。

艾滋病病毒 (HIV) 和性传播感染 (STI) 筛查

每个人都应该了解自己的 HIV 状况。HIV 和 STI 筛查是您定期医疗保健的一部分。

- 您可以在任何一次到诊室或诊所就诊时接受 HIV 或 STI 检测。
- 您可以在任何一次接受计划生育服务时进行 HIV 或 STI 检测。不需要由您的初级保健医生 (PCP) 转介, 只要与计划生育服务提供者预约即可。如果您想接受 HIV 或 STI 检测, **但不是作为计划生育服务的一部分**, 您的 PCP 可以为您提供或安排。
- 或者, 如果您不想到我们的 UnitedHealthcare Community Plan 医疗保健提供者处就诊, 您可以使用您的 Medicaid 卡去 UnitedHealthcare Community Plan 以外的计划生育服务提供者处就诊。如需帮助寻找加入计划的医疗保健提供者或 Medicaid 医疗保健提供者以获取计划生育服务, 请致电会员服务部, 电话为 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**)。
- 接受 HIV 检测之前, 每个人都应该向医生咨询。要获得免费的 HIV 检测或不透露姓名的检测, 请拨打 1-800-541-AIDS (英语) 或 1-800-233-SIDA (西班牙语) 询问。

有些测试是“快速检测”, 结果立等可取。为您检测的医疗保健提供者将为您解释结果, 并根据需要安排后续诊疗护理。您还将学习如何保护您的伴侣。如果测试结果为阴性, 我们可以帮您了解如何保持。

HIV 预防服务

您可以获得许多 HIV 预防服务。我们将与您谈论任何可能使您或他人有传播 HIV 或患上性传播疾病风险的活动。我们可以帮助您了解如何保护自己, 还可以帮您获得免费的男用和女用避孕套以及干净的注射器。

如果您的 HIV 检测结果是阳性, 我们可以帮助您与您的伴侣交谈, 也会帮助您与您的家人和朋友交谈, 让他们了解 HIV 和艾滋病以及如何获得治疗。如果您需要帮助与未来伴侣谈论您的 HIV 状况, UnitedHealthcare Community Plan 工作人员将协助您。我们甚至可以帮您和您的孩子谈论 HIV。

眼科诊疗护理

承保的服务包括眼科医生、验光师和眼科药剂师的所需服务，并包括眼科检查和提供眼镜（如果需要的话）。一般来说，您可以每两年获得一次以上服务，在有医疗必要性的情况下，次数可以增加。被诊断患有糖尿病的计划参与人可以在 12 个月内自行转诊一次进行散瞳（视网膜）检查。您只需选择我们其中一个加入计划的医疗保健提供者。

通常每两年提供一次新镜片，配 Medicaid 批准的镜框。但如果您的视力变化超过 0.5 屈光度或存在其他情况，也可不到两年就申请订购新镜片。如果眼镜损坏，可以修复。但如果眼镜遗失或无法修理，可更换为按相同的处方且使用相同框架样式定制的眼镜。如果您需要看眼科专科医生以治疗眼疾或缺陷，您的 PCP 会为您转介。

行为健康（心理健康和药物滥用）

我们希望帮助您获得您可能需要的心理健康和药物滥用服务。

如果您在任何时候认为自己需要心理健康或药物滥用方面的帮助，可以向我们网络内的任何行为健康医疗保健提供者咨询，了解您可能需要哪些服务。其中包括诊所和脱瘾治疗等服务。**这种情况无需 PCP 转介。**

戒烟

如果您想获得戒烟帮助，可以获得药物、用品和咨询服务。您无需 PCP 转介即可获得这些服务。

孕产妇抑郁症检查

如果您已怀孕，并且认为您需要抑郁症方面的帮助，您可以接受检查，确定可能需要哪些服务。这种情况无需 PCP 转介。您可以在怀孕期间和分娩后的一年内接受检查。

第一部分 — 首要须知事项

紧急情况

无论您遇到何种紧急情况，都在承保范围内。在纽约州，紧急情况意味着属于以下情形的医疗或行为状况：

- 突然发生；且
- 有疼痛或其他症状。

紧急情况指根据一般健康知识可判断，如果不及时处理，某人的身体部位或功能可能会受到严重伤害或严重毁容。

紧急情况示例有：

- 心脏病发作或严重胸痛
- 出血不止或严重烧伤
- 骨折
- 呼吸困难/抽搐/失去知觉
- 当您觉得您可能会伤害自己或他人时
- 您已怀孕并伴有疼痛、出血、发烧或呕吐等症状
- 用药过量

非紧急情况示例有：感冒、喉咙痛、胃部不适、轻微割伤和擦伤，或肌肉扭伤。

非紧急情况也可能是家庭问题、失恋、想喝酒或服用其他药物。这些可能让人感觉是紧急情况，但没有去急诊室的理由。

请记住：

紧急服务不需要事先批准。

只有在**真正紧急情况下**，才使用急诊室。

急诊室不应该用来处理流感、喉咙痛或耳朵感染等问题。

如有疑问，请致电您的 PCP 或拨打 **1-866-433-3413** (听障专线：**711**)，联系我们。

如果您遇到紧急情况, 可以这样做:

如果您认为您遇到紧急情况, 请拨打 911 或前往急诊室。在接受紧急诊疗护理之前, 无需 UnitedHealthcare Community Plan 或您的 PCP 批准, 对于此类诊疗护理, 并非一定要使用我们的医院或医生。

如果您不确定如何做, 请致电您的 PCP 或行为健康专业人员或 UnitedHealthcare Community Plan, 描述当前情况, 您的 PCP 或行为健康专业人员或 UnitedHealthcare Community Plan 代表将:

- 告诉您如何在家处理, 或
- 告诉您去医疗保健提供者的诊室, 或
- 告诉您可以获得的社区服务, 如十二步疗法或收容所, 或
- 告诉您去最近的急诊室。

如果您遇到危机或需要帮助解决心理健康或药物滥用问题, 也可随时拨打 1-866-433-3413 (听障专线: 711), 联系 UnitedHealthcare Community Plan 会员服务部, 接线员每周 7 天, 每天 24 小时提供服务。

如果您在遇到紧急情况时不在计划涵盖的地区:

- 前往最近的急诊室或拨打 911
- 尽快联系 UnitedHealthcare Community Plan (尽可能在 48 小时内)

紧急诊疗护理

您可能受伤或生病, 不是紧急情况, 但仍然需要及时诊疗护理。

- 可能是流感, 或者需要缝合
- 也可能是脚踝扭伤, 或者是您无法自行去除的严重刺伤

您可以预约当天或第二天的紧急诊疗护理就诊。无论在家或外出, 不论白天还是晚上, 您都可以随时给您的 PCP 打电话。如果您无法联系到您的 PCP, 请拨打 1-866-433-3413 (听障专线: 711), 联系我们, 描述当前情况, 接线员会告诉您如何应对。

美国境外的诊疗护理

如果您在美国境外旅行, 只有哥伦比亚特区、波多黎各、维尔京群岛、关岛、北马里亚纳群岛和美属萨摩亚地区可以为您提供紧急和急诊诊疗护理。如果您在任何其他国家/地区 (包括加拿大和墨西哥) 需要诊疗护理, 您必须为此支付费用。

我们的宗旨: 帮您保持健康

除了您需要的定期体检和注射, 我们还提供其他一些服务和方法来保持您的健康:

- 戒烟课程
- 产前护理和营养
- 悲痛/亲友去世支持
- 母乳喂养和婴儿护理
- 压力管理
- 体重控制
- 胆固醇控制
- 糖尿病咨询和自我管理培训
- 哮喘咨询和自我管理培训
- 性传播感染 (STI) 检测和保护自己免受 STI
- 家庭暴力服务

拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**), 致电会员服务部, 或访问我们的网站 myuhc.com/CommunityPlan, 查看您附近的课程和项目列表。

第二部分一

您的福利和计划程序

本手册的其余部分供您需要时参考,列出了承保和不承保的服务。如果您要投诉,本手册会为您提供指导。您可能也会发现其他有用的信息。请将本手册放在便于取用的地方,以备不时之需。

福利

除了常规 Medicaid 提供的服务外,健康和恢复计划还提供许多其他服务。我们将提供或安排您需要的大多数服务。不过,您也可以不通过您的 PCP 获得一些服务,例如,紧急诊疗护理;计划生育服务; HIV 检测; 机动危机干预服务; 特定的自我转诊服务,包括您可以从 UnitedHealthcare Community Plan 获得的服务,以及一些您选择去任何 Medicaid 服务提供者就诊时获得的服务。

计划承保的服务

您只能从我们计划的医疗保健提供者处获得这些服务。所有的服务必须具有医疗或临床必要性,并由您的初级保健医生 (PCP) 提供或转介。如果对以下所列的服务有任何疑问,或在这些服务方面需要帮助,请拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: 711), 致电我们的会员服务部。

定期诊疗护理

- PCP 诊室就医
- 转介至专科医生
- 眼科/听力检查
- 帮助按时用药
- 诊疗护理和福利协调

第二部分 — 您的福利和计划程序

预防保健

- 定期体检
- 获得免费针头和注射器
- 戒烟咨询
- HIV 教育和降低风险
- 转介至社区组织 (CBO) 以获得支持护理
- 戒烟诊疗护理
- 变态反应服务, 包括放射过敏原吸附试验 (RAST)

不孕症服务

UnitedHealthcare Community Plan 承保一些不孕症药物。此福利在会员一生中仅承保 3 个治疗周期。

UnitedHealthcare Community Plan 也承保与此类药物的处方和使用监控相关的服务。不孕症福利包括:

- 诊所就诊
- 子宫和输卵管 X 射线检查
- 盆腔超声检查
- 血液检测

资格要求:

只要您满足以下标准, 即有资格享受不孕症服务:

- 您的年龄在 21-34 岁之间, 并且在 12 个月有规律、无保护的性生活后无法怀孕
- 您的年龄在 35-44 岁之间, 并且在 6 个月有规律、无保护的性生活后无法怀孕

如需详细了解这些服务, 请拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**), 致电会员服务部。

孕产保健

- 孕期保健
- 医生/助产士和医院服务
- 孕期和分娩后一年内的抑郁症筛查

远程医疗服务

UnitedHealthcare Community Plan Medicaid 管理式诊疗护理计划承保远程医疗服务, 也称为“远程医疗”, 是指使用电子技术进行沟通。当您和医疗保健提供者不在同一个地方时, 就会采用远程医疗。

远程医疗可涉及以下内容:

- 您和医疗保健提供者之间召开现场视频会议
- 您的医生把您的信息发给另一个医疗保健提供者
- 远程监控患者的血压和其他生命体征

远程医疗服务可在诊所、医疗或心理健康中心提供。如果您家里有监控设备, 家中进行的远程医疗也在承保范围内。这些服务必须满足特定计划要求。

居家照护

- 必须具有医疗必要性, 并由 UnitedHealthcare Community Plan 安排
- 一次医疗上必要的产后居家医疗保健访视, 对高危妇女给予医疗上必要的额外访视
- 根据需求和您的 PCP/专科医生要求进行的其他居家照护访视

个人护理/家庭看护员/消费者自行主导的个人协助计划 (CDPAS)

- 必须具有医疗必要性, 并由 UnitedHealthcare Community Plan 安排
- 个人护理/家庭看护员 — 帮助洗澡、穿衣和进食, 并帮助准备膳食和打理家务
- CDPAS — 帮助洗澡、穿衣和进食, 并帮助准备膳食和打理家务, 另加家庭健康助理和护理。这些服务由您选择和指示的助理提供。如果您想了解更多, 拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**), 联系 UnitedHealthcare Community Plan。

个人应急响应系统 (PERS)

这是一个穿戴设备, 在您遇到紧急情况且需要帮助时使用。只有在您接受个人护理/家庭看护员或 CDPAS 服务的情况下, 您才有资格申请并获得此项服务,

第二部分 — 您的福利和计划程序

成人日间医疗保健

- 必须经您的初级保健医生 (PCP) 建议, 才会提供。
- 提供健康教育、营养、护理和社会关怀、帮助日常生活、康复治疗、药房服务, 以及牙科和其他专科诊疗护理转介。

肺结核 (TB) 治疗

- 帮助您服用治疗结核病的药物和接受后续诊疗护理。

国家糖尿病预防计划 (NDPP) 服务

如果您有患 2 型糖尿病的风险, UnitedHealthcare Community Plan 承保的服务可能对您有帮助。

UnitedHealthcare Community Plan 通过国家糖尿病预防计划 (NDPP) 承保糖尿病预防服务。此项福利包括为期 12 个月的 22 次 NDPP 集体培训课程。

国家糖尿病预防计划是一项教育和支持计划, 旨在帮助高危人群避免患上 2 型糖尿病。该计划由集体培训课程组成, 内容重点为健康饮食和锻炼的长期积极影响。这些改变生活方式的目标包括适度减肥和增加体育活动。NDPP 课程由经过训练的生活方式教练教授。

资格要求:

如果您有医师或其他持有执照的执业医生出具的建议信, 并且符合以下条件, 您可能有资格获得糖尿病预防服务:

- 至少年满 21 岁;
- 目前没有怀孕;
- 超重; 且
- 未曾确诊患有 1 型或 2 型糖尿病。

而且, 您还符合以下条件之一:

- 在过去一年中, 您的血液测试结果在糖尿病前期范围内; 或
- 您以前曾被诊断患有妊娠糖尿病; 或
- 您在美国疾控中心/美国糖尿病协会 (ADA) 糖尿病前期风险测试中得分为 5 分或以上。

请咨询您的医生, 确定您是否有资格参加 NDPP。如需详细了解这些服务, 请拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**), 致电会员服务部。

34 **有疑问? 拨打 1-866-433-3413 (听障专线: 711), 致电会员服务部**
(如遇心理健康或药物滥用危机, 请按 8)

临终关怀

- 临终关怀帮助病人及其家属满足他们在疾病的最后阶段和去世后的特殊需求
- 必须具有医疗必要性, 并由 UnitedHealthcare Community Plan 安排
- 为患病且预期寿命不超过一年的患者提供支持服务和一些医疗服务
- 您可以在家中, 也可以在医院获得这些服务

牙齿保健

UnitedHealthcare Community Plan 承保计划范围内的所有县区的牙科服务。UnitedHealthcare Community Plan 认为, 为您提供良好的牙齿保健对您的整体医疗保健非常重要。我们与提供高质量牙科服务的优质个人牙医和团体诊所签约, 提供牙科诊疗护理。承保的服务包括常规和定期牙科服务, 例如预防性牙科检查、清洁、X 光检查、补牙和其他服务, 目的是检查您的牙齿是否有任何变化或异常, 从而为您提供治疗和/或后续护理。**您无需 PCP 转介即可到牙科医生处就诊。**

您的 Medicaid 管理式诊疗护理福利可能涵盖种植牙服务。当您的医生和牙医同意有必要种植牙时, UnitedHealthcare Community Plan 的 Wellness4Me 计划将承保这项服务。

在下列情况下, UnitedHealthcare Community Plan 的 Wellness4Me 计划将承保种植牙服务:

- 您的医生表示, 您需要种植牙来缓解您的健康问题; 而且
- 您的牙医表示, 种植牙是解决您牙齿问题的唯一办法。

如何获得牙科服务

在您加入 UnitedHealthcare Community Plan 后, 您不必一定要选择初级保健牙医。您可以选择加入计划的牙医 (在 UnitedHealthcare Community Plan 网络内) ——从《医疗保健提供者名录》中选择或拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**), 致电会员服务部寻求帮助。每次接受牙科服务时, 请出示您的 UnitedHealthcare Community Plan 会员 ID 卡。

请出示您的 UnitedHealthcare Community Plan 会员 ID 卡, 以享受牙科福利。您不会收到单独的牙科 ID 卡。看牙医时, 应出示您的 UnitedHealthcare Community Plan 会员 ID 卡。

您也可以去一家由学术型牙科中心经营的牙科诊所就诊, 无需转介。请拨打我们的免费电话 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**) 致电会员服务部, 了解各个学术型牙科中心的位置。

第二部分 — 您的福利和计划程序

视力保健

- 眼科医生、眼科药剂师和验光师的服务
- 承保隐形眼镜、聚碳酸酯镜片、义眼和/或更换丢失或损坏的眼镜，包括有医疗必要性的维修。义眼由加入计划的医疗保健提供者开医嘱。
- 眼科检查，通常每 12 个月进行一次（除非有进行更频繁检查的医疗必要性）
- 每两年一次申请配一副眼镜（配 Medicaid 批准的镜框），在有医疗必要性的情况下，次数可以增加
- 您的医生开医嘱的低视力检查和助视器
- 眼科疾病或缺陷的专科医生转介

药房

UnitedHealthcare Community Plan 不承保您的处方，将由 Medicaid NYRx (Medicaid 药房计划) 承保。

纽约州的大多数药房都参加了 Medicaid NYRx 药房计划。如果您的药房不接受 Medicaid，您可以：

- 请您的医生将新处方寄到接受 Medicaid NYRx 药房计划的药房，或
- 请您的药剂师将续药处方转到接受 Medicaid NYRx 药房计划的药房，或
- 访问 <https://member.emedny.org>，查找接受 Medicaid NYRx 的药房。

您需要向药剂师出示您的 Medicaid 卡或您的健康计划卡，这是为了告知他们您的客户识别号 (CIN)。

Medicaid NYRx 有一份承保药物的清单。非处方药和大部分药物都在清单上。这份承保药物清单可以在以下网站上找到：<https://www.emedny.org/info/formfile.aspx>。

- 一些药物需要经过事先批准才能配药。这份清单将向您说明某种药物是否需要事先批准。您的医生会打电话来取得事先批准。
- 如果您的药物不在该清单上：
 - 您的医生可以请求 Medicaid 批准让您使用该药物，或
 - 您的药剂师可以和您的医生讨论改用清单上的药物。

Medicaid NYRx 药房计划也有首选药物清单。该清单可以在以下网站上找到：

https://newyork.fhsc.com/downloads/providers/NYRx_PDP_PDL.pdf

- 如果您需要一种列为非首选药的药物，从 2023 年 4 月 1 日到 2023 年 6 月 30 日期间，您只能有**一次**获取该药的机会。
- 如果您需要一种非首选药物，请与您的药剂师或医生联系，以便他们为您争取获得使用该药的批准

Medicaid 的共付额结构不会改变。您承担的共付额可能会改变，这取决于药物是首选药还是非首选药。

您的药房福利还包括某些用品：

- 所承保的用品清单可在以下网站上找到：<https://member.emedny.org/>
- 首选糖尿病测量仪和试纸清单可在以下网站上找到：
https://newyork.fhsc.com/downloads/providers/NYRx_PDSP_preferred_supply_list.pdf
 - Medicaid 允许从 2023 年 4 月 1 日到 2023 年 6 月 30 日，使用**一次**非首选试纸。
 - 您需要改用首选糖尿病测量仪和试纸

您有问题或需要帮助吗？ Medicaid 帮助热线可为您提供帮助。工作人员会使用您的惯用语言与您交谈。您可致电 **1-855-648-1909**（听障专线：**1-800-662-1220**），联系他们。

接听电话的时间：

周一至周五上午 8:00 到晚上 8:00

周六上午 9:00 到下午 1:00

医院诊疗护理

- 住院诊疗护理
- 门诊诊疗护理
- 实验室、X 射线和其他检查

第二部分 — 您的福利和计划程序

紧急诊疗护理

- 紧急诊疗护理服务是指为评估或稳定紧急情况所需的操作、治疗或服务
- 接受紧急诊疗护理后,您可能需要其他诊疗护理,以确保您保持稳定状态。根据您的需要,您可能在急诊室、住院病房或其他场合接受治疗。这称为**稳定后服务**。
- 有关紧急服务的更多信息,请参阅第 28 页

承保性别重塑

UnitedHealthcare Community Plan Medicaid 管理式诊疗护理现在承保被诊断为性别认同障碍的过渡诊疗护理。这是指一些人出生时的性别对其造成很大困扰,他/她们不认同这种性别,这可能会导致他/她们强烈希望被当作另一种性别对待,从而可能意味着渴望摆脱自己的性别特征。也可能包括拥有另一种性别的典型感受。

根据患者的性别目标,诊疗护理可能包括:

- 咨询服务
- 激素疗法。(21 岁及以上会员可享受此福利)
- 变性手术。(18 岁及以上的会员可享受此福利,如果会导致绝育,则 21 岁及以上的会员方可享受此福利。)

特别诊疗护理

其他执业医生的服务,包括:

- 作业治疗师和言语治疗师—UnitedHealthcare Community Plan 承保由医生或其他持有执照的专业人士安排的具有医疗必要性的作业治疗和言语治疗就诊。如需详细了解这些服务,请拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**),致电会员服务部。这些治疗服务需要事先授权,以确定治疗场所是否具有医疗必要性。
- 物理治疗师 — UnitedHealthcare Community Plan 承保由医生或其他持有执照的专业人士安排的具有医疗必要性的物理治疗就诊。如需详细了解这些服务,请拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**),致电会员服务部。这些治疗服务需要事先授权,以确定治疗场所是否具有医疗必要性。
- 听力治疗师
- 助产士
- 心脏康复
- 足病医师

38 **有疑问?** 拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**),致电会员服务部
(如遇心理健康或药物滥用危机,请按 8)

居住式医疗保健机构诊疗护理 (疗养院)

- 包括短期居住或为康复居住
- 必须由医生安排, 且经过 UnitedHealthcare Community Plan 批准

如果您需要长期入住疗养院, 您当地的社会服务部必须确定您是否符合特定 Medicaid 收入要求。UnitedHealthcare Community Plan 和疗养院可帮您申请。我们不承保与在疗养院疗养、永久性监护护理有关的服务。

您只能从 UnitedHealthcare Community Plan 医疗保健提供者网络内的疗养院获得这些诊疗护理服务。如果您选择 UnitedHealthcare Community Plan 网络外的疗养院, 您将必须转到其他计划。拨打 **1-800-505-5678**, 致电纽约 Medicaid Choice, 咨询有关疗养院提供者和计划网络的问题。

拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**), 帮您寻找我们网络内的疗养院。

行为健康诊疗护理

行为健康诊疗护理包括心理健康和药物滥用治疗服务。我们所有的会员都可以获得行为健康服务, 包括:

心理健康诊疗护理

- 精神病学服务
- 心理学服务
- 持续日间治疗 (CDT)
- 住院和门诊心理健康治疗
- 注射治疗行为健康相关的疾病
- 部分时间住院治疗
- 康复服务 (如果您在位于社区的家中或接受居家治疗)
- 心理健康办公室 (OMH) 诊所提供的个人和团体咨询服务
- 危机干预服务
- 综合精神科急救计划 (CPEP), 包括延长观察床位
- 积极性社区治疗 (ACT)
- 个性化恢复服务 (PROS)

有疑问? 拨打 1-866-433-3413 (听障专线: 711), 致电会员服务部 39
(如遇心理健康或药物滥用危机, 请按 8)

第二部分 — 您的福利和计划程序

居住危机支持

该计划面向 21 岁或以上有情绪困扰症状的人。若得不到帮助，这些症状在家中或社区无法得到控制。

危机强化居住式治疗

该治疗计划面向 21 岁或以上有严重情绪困扰症状的人。

精神障碍治疗机构 (IMD) 接纳精神科患者住院

在 OMH 许可的私营精神障碍治疗机构接受短期强化住院治疗。这是一种替代环境，取代根据《纽约州公共卫生法》第 28 条规定认证并经 OMH 许可的医院住院部提供的州计划精神病住院服务。

限制*：

如果在 Medicaid 管理式诊疗护理计划服务区域有以下六家经心理健康办公室许可的 IMD 机构，则每个日历月仅限在其中一家机构住院 0-15 天：

- Four Winds Hospital (威彻斯特县)
- Four Winds Hospital (萨拉托加县)
- Gracie Square Hospital (纽约市)
- BryLin Hospital (水牛城)
- Brunswick Hospital Center (长岛)
- South Oaks Hospital (长岛)

*注：Medicaid 管理式诊疗护理的整套福利涵盖在这六家机构每个日历月最多 30 天、每年最多 60 天的精神科患者入院治疗，在达到 IMD 代替服务 (ILS) 福利限额后，可根据是否具有医疗必要性批准。

面向 21-64 岁需要在急性精神科住院部接受必要诊疗护理的成年人。

如需详细了解这些服务，请拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**)，致电会员服务部。

为 21 岁以上的成年人提供的药物滥用服务

- 危机服务：
 - 经医疗控制的戒断管理
 - 经医疗监督的戒断管理 (住院/门诊*)
- 住院治疗服务 (医院或社区)
- 居住式治疗服务：
 - 在居住环境中稳定
 - 在居住环境中康复
 - 重新融入社会
- 门诊治疗服务：
 - 门诊强化治疗
 - 门诊康复服务
 - *门诊戒断管理
 - 药物辅助治疗
- 阿片类药物治疗方案 (OTP):
 - 包括美沙酮维持治疗和其他形式的医疗辅助治疗

减少伤害服务

减少伤害服务为滥用药物者提供完整、以患者为中心的健康和保健方法。您的计划承保医师或其他持有执照的专业人士出具证明建议您有必要接受的减少伤害服务。这些服务包括：

- 由在帮助滥用药物者方面经验丰富的人员制定的诊疗护理计划
- 帮助您实现目标的个人支持性咨询服务
- 在一个安全的空间里提供的团体支持性咨询服务, 与他人讨论影响您健康和保健的问题
- 帮助您服用处方药和继续接受治疗的咨询服务
- 帮助您更好地了解药物使用, 并确定对您有用的应对方法和技巧的支持团队

如果您目前正在接受某个医疗保健提供者的减少伤害服务, 您的诊疗护理不会改变; 您仍然可以到同一个医疗保健提供者处接受这些服务。

第二部分 — 您的福利和计划程序

赌博障碍治疗

我们承保由戒瘾服务和支持办公室 (OASAS) 认证计划提供的赌博障碍治疗。

您可以通过以下方式获得赌博障碍治疗：

- 面对面，或
- 通过远程医疗。

如果您需要赌博障碍治疗，您可以从 OASAS 门诊计划获得，或者如果有必要，可以从 OASAS 住院或居住式计划获得。

您无需初级保健医生 (PCP) 转介即可获得这些服务。如果您需要帮助寻找医疗保健提供者，请拨打以下电话号码致电 UnitedHealthcare Community Plan 会员服务部。

如需详细了解这些服务，请拨打**1-866-433-3413**（听障/语障专线：**711**），致电会员服务部，我们的工作人员每周 7 天，每天 24 小时为您服务。

行为健康家庭和社区服务 (BH HCBS)

BH HCBS 可以帮助您实现生活目标，如就业、上学或您想努力实现的其他生活方面的目标。为了确定您是否有资格获得此项服务，Health Home 诊疗护理经理必须与您一起完成简短的筛选，以确定您能否享受这些服务。如果筛选结果表明您有资格享受，诊疗护理经理将与您完成一个全面的评估，以了解您的整个健康需求，包括身体、行为和康复服务。

BH HCBS 包括：

- 适应性训练服务 — 帮您学习新技能，以便在社区独立生活
- 危机干预服务 — 当您需要离开一个紧张的环境时，给您提供一个有安全感的地方
- 居住危机服务 — 当您遭遇危机时，通过提供一个可以为您提供治疗且有安全感的场所，使您免于住院
- 教育支持服务 — 帮助您找到重返学校接受教育和培训的方法，从而有助于您顺利找到工作
- 就职前服务 — 帮助您掌握准备就业所需的技能

- 过渡就业服务 — 在您尝试不同的工作时给予您短期支持, 包括提供在职培训以加强您的工作技能, 从而使您的薪资不低于最低工资水平。
- 强化支持就业服务 — 帮您找到并从事一份薪资不低于最低工资水平的工作
- 持续支持就业服务 — 帮您保住工作并在岗位上取得成功
- 非医疗运送 — 为与您的诊疗护理计划目标相关的非医疗活动提供运送服务

行为健康面向社区的恢复和赋权 (CORE) 服务

UnitedHealthcare Wellness4Me Plan 承保 CORE 服务。您可以使用您的 UnitedHealthcare Wellness4Me 计划卡来获得这些 CORE 服务。

CORE 服务包括:

- **社会心理康复 (PSR)**

这项服务帮您提高生活技能, 如建立社会关系、找到或保住工作、开始上学或重返校园、利用社区资源。

- **社区精神病学支持与治疗 (CPST)**

这项服务通过咨询和临床治疗帮助您控制症状。

- **赋权服务 — 朋辈支持**

这项服务将您与经历过康复的朋辈专家联系起来。您将得到支持和帮助, 学习如何:

- 面对健康挑战, 保持独立;
- 对自己的恢复作出决定;
- 寻找自然的支持和资源。

- **家庭支持和培训 (FST)**

这项服务为您的家人和朋友提供帮助和支持您所需的信息和技能。

如果有资格的医疗保健提供者 (如医生或社会工作者) 为您出具建议书, 您可以获得 CORE 服务。有资格的医疗保健提供者可能希望在建议 CORE 服务之前讨论您的诊断和需求。

您的初级保健医生或治疗师也可为您出具证明, 表示建议您接受 CORE。如果您需要帮助找到一个有资格的医疗保健提供者, 请通过以下号码联系会员服务部。也可找您的诊疗护理经理寻求帮助。

如需详细了解这些服务, 请拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**), 致电会员服务部。

有疑问? 拨打 1-866-433-3413 (听障专线: 711), 致电会员服务部 43
(如遇心理健康或药物滥用危机, 请按 8)

第二部分 — 您的福利和计划程序

其他承保服务

- 耐用医疗器械 (DME)/助听器/假肢/矫形器
- 法院命令的服务
- 社会支持服务 (帮助获得社区服务)
- FQHC 或类似服务

您可以通过我们的计划或使用您的 Medicaid 卡获得的福利

对于某些服务,您可以选择通过哪种途径获得。可以使用 UnitedHealthcare Community Plan 会员卡获得这些服务,也可以到接受您的 Medicaid 福利卡的医疗保健提供者处就诊。**您无需 PCP 转介即可获得这些服务。**如有疑问,请拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**), 致电会员服务部。

计划生育

您可以去任何接受 Medicaid 并提供计划生育服务的医生或诊所,也可前往我们的计划生育服务提供者处就诊。两种情况都无需 PCP 转介。

您可以通过处方获得避孕药物和节育器(宫内节育器和子宫帽),外加紧急避孕、绝育、妊娠检测、产前护理和流产服务。您也可以到计划生育服务提供者处接受 HIV 和性传播感染 (STI) 的检测与治疗,并咨询检测结果。避孕就诊也包括癌症和其他相关疾病筛查。

艾滋病病毒 (HIV) 和性传播感染 (STI) 筛查

您可以随时通过您的 PCP 或 UnitedHealthcare Community Plan 医生获得这项服务。当您在计划生育就诊中接受这项服务时,您可以到任何接受 Medicaid 并提供计划生育服务的医生或诊室处就诊,无需转介。

接受 HIV 检测之前,每个人都应该向医生咨询。要获得免费的 HIV 检测或匿名检测,请拨打 1-800-541-AIDS (英语) 或 1-800-233-SIDA (西班牙语) 询问。

结核病诊断和治疗

您可以选择到您的 PCP 或县公共卫生机构接受诊断和/或治疗。到县公共卫生机构就诊无需转介。

只能使用您的 Medicaid 卡获享的福利

有一些服务不在 UnitedHealthcare Community Plan 承保范围内。您可以使用您的 Medicaid 卡从任何接受 Medicaid 的医疗保健提供者处获得这些服务。

非紧急运送

如果您居住在奥尔巴尼、布鲁姆、布朗克斯、卡尤加、学托扩、希芒、希南戈、克林顿、哥伦比亚、达奇斯、伊利、埃塞克斯、富尔顿、杰纳西、格林、赫基默、杰斐逊、国王(布鲁克林)、刘易斯、利文斯顿、麦迪逊、门罗、拿索、纽约(曼哈顿)、尼亚加拉、奥奈达、奥农达加、安大略、奥兰治、奥斯威戈、皇后、伦塞拉尔、里士满(斯塔顿岛)、罗克兰、塞尼卡、圣罗伦斯、萨福克、泰奥加、阿尔斯特、沃伦、韦恩、威彻斯特或怀俄明县，您可以通过致电 Medical Answering Services, LLC (MAS) 或 LogistiCare Solutions, 获得运送服务。

非紧急医疗运送将由常规 Medicaid 承保。要获得非紧急运送，您或您的医疗保健提供者必须根据您居住所在县，致电 Medical Answering Services, LLC (MAS) 或 LogistiCare Solutions。

您或您的医疗保健提供者应尽可能在您预约医生前提前至少三天致电提供者，同时提供您的 Medicaid 识别号(如 AB12345C)、预约日期和时间、前往地址以及您预约就诊的医生姓名。非紧急运送包括私人车辆、公共汽车、出租车、救护车以及公共交通工具。

联系电话	县	运送服务提供者
855-360-3549	奥尔巴尼县	Medical Answering Service – MAS
844-666-6270	布朗克斯县	Medical Answering Service – MAS
855-852-3294	布鲁姆县	Medical Answering Service – MAS
866-932-7743	卡尤加县	Medical Answering Service – MAS
855-733-9405	学托扩县	Medical Answering Service – MAS
855-733-9399	希芒县	Medical Answering Service – MAS
855-733-9396	希南戈县	Medical Answering Service – MAS

有疑问? 拨打 1-866-433-3413 (听障专线: 711), 致电会员服务部 45
(如遇心理健康或药物滥用危机, 请按 8)

第二部分 — 您的福利和计划程序

联系电话	县	运送服务提供者
866-753-4435	克林顿县	Medical Answering Service – MAS
855-360-3546	哥伦比亚县	Medical Answering Service – MAS
845-486-3000	达奇斯县	Medical Answering Service – MAS
716-858-8000	伊利县	Medical Answering Service – MAS
866-753-4442	埃塞克斯县	Medical Answering Service – MAS
855-360-3550	富尔顿县	Medical Answering Service – MAS
855-733-9404	杰纳西县	Medical Answering Service – MAS
518-943-3200	格林县	Medical Answering Service – MAS
866-753-4524	赫基默县	Medical Answering Service – MAS
866-558-0757	杰斐逊县	Medical Answering Service – MAS
844-666-6270	国王县 (布鲁克林)	Medical Answering Service – MAS
800-430-6681	刘易斯县	Medical Answering Service – MAS
585-243-7300	利文斯顿县	Medical Answering Service – MAS
855-852-3286	麦迪逊县	Medical Answering Service – MAS
866-932-7740	门罗县	Medical Answering Service – MAS
844-678-1103	拿索县	LogistiCare Solutions
844-666-6270	纽约县	Medical Answering Service – MAS
866-753-4430	尼亚加拉县	Medical Answering Service – MAS
855-852-3288	奥奈达县	Medical Answering Service – MAS
855-852-3287	奥农达加县	Medical Answering Service – MAS

46 **有疑问?** 拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: 711), 致电会员服务部
(如遇心理健康或药物滥用危机, 请按 8)

第二部分 — 您的福利和计划程序

联系电话	县	运送服务提供者
866-733-9402	安大略县	Medical Answering Service – MAS
855-360-3543	奥兰治县	Medical Answering Service – MAS
855-733-9395	奥斯威戈县	Medical Answering Service – MAS
844-666-6270	皇后县	Medical Answering Service – MAS
866-666-8653	伦斯勒县	Medical Answering Service – MAS
844-666-6270	里士满县 (斯塔顿岛)	Medical Answering Service – MAS
855-360-3542	罗克兰县	Medical Answering Service – MAS
866-753-4437	塞尼卡县	Medical Answering Service – MAS
866-722-4135	圣罗伦斯县	Medical Answering Service – MAS
844-678-1103	萨福克县	LogistiCare Solutions
855-733-9398	泰奥加县	Medical Answering Service – MAS
866-287-0983	阿尔斯特县	Medical Answering Service – MAS
855-360-3541	沃伦县	Medical Answering Service – MAS
855-852-3295	韦恩县	Medical Answering Service – MAS
866-883-7865	威彻斯特县	Medical Answering Service – MAS
585-786-8900	怀俄明县	Medical Answering Service – MAS

有疑问? 拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**), 致电会员服务部 47
(如遇心理健康或药物滥用危机, 请按 8)

第二部分 — 您的福利和计划程序

紧急运送

您获得紧急运送的方式将保持不变。如果您遇到紧急情况，需要救护车，请拨打 911。

发育性残疾

- 长期疗法
- 日间治疗
- 居住服务
- Medicaid 服务协调 (MSC) 计划
- 家庭和社区服务替代计划服务
- 医疗模式 (居家诊疗护理) 替代服务

不承保的服务

以下服务不在 UnitedHealthcare Community Plan 或 Medicaid 承保范围内。如需这些服务，您可能需要自担费用。

- 无医疗必要性的美容手术
- 个人和舒适用品
- 由不属于 UnitedHealthcare Community Plan 的医疗保健提供者提供的服务，但是如果本手册其他部分表示您可以前往该医疗保健提供者处就诊，或者 UnitedHealthcare Community Plan 或您的 PCP 将您转介至该医疗保健提供者的情况除外。我们不承保与在疗养院疗养、永久性监护护理有关的服务。“监护护理”是指帮助转移、吃饭、穿衣、洗澡、如厕等相关活动。监护护理不包括确定有医疗必要性的承保服务。

您可能需要为您的 PCP 未同意的服务付费。或者，如果您同意在接受服务前成为“私人付费”或“自费”患者，则需自行承担服务费用。

这些服务包括：

- 非承保服务 (以上所列)
- 未经授权的服务
- 由不属于 UnitedHealthcare Community Plan 的医疗保健提供者提供的服务

48 **有疑问？** 拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**)，致电会员服务部 (如遇心理健康或药物滥用危机，请按 8)

收到账单时如何处理

如果您收到一份您认为不应该支付的治疗或服务的账单，不要忽视。立即拨打 **1-866-433-3413**（听障专线：**711**），联系 UnitedHealthcare Community Plan。UnitedHealthcare Community Plan 可以帮您弄清楚为什么会收到账单。如果您实际上并不需要付款，UnitedHealthcare Community Plan 将联络医疗保健提供者，协助您解决问题。

如果您认为自己被要求支付的费用属于 Medicaid 或 UnitedHealthcare Community Plan 理应承保的范围，您将有权要求举行公平听证会。请参阅本手册后文的**公平听证会**部分。

如有疑问，请拨打 1-866-433-3413（听障专线：711），致电会员服务部。

纽约 UnitedHealthcare Community Plan 会员须知：紧急服务和“意外”账单

UnitedHealthcare Community Plan (UHCCP) 为您免费提供全面的医疗保健服务。您不必为我们同意的服务向您的 PCP 或其他任何 UHCCP 医疗保健提供者付费。如果 UHCCP 医疗保健提供者要求您支付服务费用，请告诉对方您接受的服务在 UnitedHealthcare Community Plan 承保范围内，并向其出示您的会员 ID 卡。您亦可致电 **1-866-433-3413**，向会员服务部寻求帮助。您不必递交理赔，我们就可以为我们承保和同意的服务付费。

可能会要求您为 UHCCP 的 Medicaid、Child Health Plus、管理式长期诊疗护理或 Medicaid Advantage 计划承保范围之外的服务付费。除非您在接受诊疗护理之前已经同意，否则不会就这些服务向您收费。

您可能会收到“意外账单”。关于“意外”账单，您需要了解以下内容：

什么是意外账单？

是指在下列情况下，网络外医疗保健提供者向您寄送的服务账单：

1. 网络外医疗保健提供者在网络内医院或手术中心为您提供诊疗护理，并且：
 - 当时无可用的网络内医生；或
 - 网络外医疗保健提供者在您不知情的情况下为您提供了诊疗护理。
2. 网络内医疗保健提供者未经您的书面同意，将您转至网络外医疗保健提供者。如果服务无需转介，意外账单只会在特定情况下产生。以下是两个示例：在您到诊室就诊期间，网络内医生带来了网络外医疗保健提供者。或者医生未经您的书面同意，把您的血样送交网络外实验室。

有疑问？ 拨打 **1-866-433-3413**（听障专线：**711**），致电会员服务部 49
(如遇心理健康或药物滥用危机，请按 8)

第二部分 — 您的福利和计划程序

您选择问诊网络外医疗保健提供者产生的服务账单不是意外账单。

什么是网络外医疗保健提供者？

网络外医疗保健提供者是指不属于 UHCCP 网络的医生、医护人员或机构。

如果我未经批准就问诊网络外医疗保健提供者，会发生什么？

除了少数情况外，均无法享受网络外福利。请参阅您的会员手册，了解您可以选择网络外医疗保健提供者的条件。医疗机构必须告知您是否会有网络外医疗保健提供者参与您的诊疗护理。如果您不知情，则无需承担相应费用。您同意问诊网络外医疗保健提供者产生的服务账单不是意外账单。务必阅读您获得的诊疗护理同意书或网络外医疗保健提供者出具的账单。

如果我到网络内医院就诊，所有的医疗保健提供者都在网络内吗？

不一定。有些专科医生（如急诊室医生或放射科医师）可能不在网络内。如果您在网络内医院做 X 射线检查，看 X 光片的医生可能不在网络内。您无需为这些服务付费。我们将与这些服务的提供者解决付款问题。如果您收到账单，拨打 ID 卡背面的客户服务电话。

我如何确保获享网络内医疗保健提供者提供的诊疗护理？

询问是否所有服务均由网络内医疗保健提供者提供。如果不是，请询问我们是否已同意该服务。核实 UHCCP 网络中是否有新的医疗保健提供者。

查找网络内医疗保健提供者：

- 登录 <http://www.uhc.com/find-a-physician>
- 选择“查找医生或机构”，或者
- 拨打计划 ID 卡上的电话号码，联系我们。我们乐意为您提供帮助。

如果我遇到紧急情况怎么办？

前往最近的急诊室接受诊疗护理。

我需要为紧急诊疗账单和意外账单支付多少钱？

您无需支付意外账单。您不必为紧急服务付费。

如果我收到意外账单或紧急服务账单，该怎么办？

如果您收到意外账单或紧急服务账单，不要支付。拨打计划 ID 卡上的电话号码。

50 **有疑问？** 拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: 711)，致电会员服务部
(如遇心理健康或药物滥用危机，请按 8)

如果医疗保健提供者不同意付款金额, 怎么办?

医疗保健提供者必须与我们一起结算账单。他们可能会要求审查, 此过程由纽约的独立纠纷调解机构 (IDR) 完成。医生可能会要求您填写 IDR 的福利分配表 (AOB)。AOB 表格和 IDR 流程中的其他任何表格均不适用于 Child Health Plus (CHP) 或 Medicaid。在这些情况下, 健康计划将与医疗保健提供者结算。

什么是独立纠纷调解流程?

纽约州选定一家独立纠纷调解实体 (IDRE) 负责审查有争议的理赔。IDRE 通过医疗保健提供者和 UHCCP 获取信息, 确定服务的费用, 接受我们的付款或医疗保健提供者的收费。健康计划可能要支付部分费用, 但您无需付费。

如有任何疑问, 请拨打您的计划 ID 卡上的电话号码。

使用管理

UnitedHealthcare Community Plan 不希望您获享的诊疗护理太少, 也不希望您得到不需要的诊疗护理。我们还须确保您获得的诊疗护理在承保范围内。这一过程称为使用管理 (UM)。我们不会奖励拒绝承保的医疗保健提供者或人员, 也不为对使用管理决策提供激励。

还有一些服务需要在您获享之前通过审查。您的医疗保健提供者知晓这些具体服务, 会在审查时通知我们。我们开展的审查称为“使用审查”。只有医生和药剂师可以进行使用管理。我们不会奖励拒绝提供必要诊疗护理的医疗保健提供者。如对使用管理有疑问, 请拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**), 致电会员服务部。可提供语言帮助。

服务授权和操作

事先授权

您需要先获得批准, 才能接受或继续接受某些治疗和服务。这称为**事先授权**。您或您信任的人可以请求事先授权。以下治疗和服务必须先获得批准才能获享:

- 住院机构入院 (如医院, 产科和药物滥用住院服务除外)
- 居家照护服务
- 个人诊疗护理服务

有疑问? 拨打 1-866-433-3413 (听障专线: 711), 致电会员服务部 51
(如遇心理健康或药物滥用危机, 请按 8)

第二部分 — 您的福利和计划程序

- 超过 500 美元的耐用医疗仪器 (DME)*
- 所有电动轮椅 (无论价格是多少)
- 局部氧疗请求
- 超过 500 美元的假肢和矫形装置
- 整容和重建手术
- 胃旁路术评估和手术
- 临终关怀服务, 住院和门诊
- 先进的放射学服务, 包括磁共振成像、磁共振血管成像和正电子发射断层造影术
- 意外牙科服务
- 实验性或研究性医疗保健服务
- 网络外或州外服务
- 请求问诊未参与计划的医疗保健提供者
- 移植评估和候补
- 勃起功能障碍治疗、药物疗法、器械和/或手术
- 包括静脉注射用免疫球蛋白、肉毒杆菌素、Acthar HP 和 Makena 在内的医疗注射
- 门诊私人护理
- 针对 6 岁以上住院和/或门诊会员的睡眠研究
- 跨性别激素疗法
- 变性手术
- 变性后过渡疗法

请求批准治疗或服务称为**服务授权请求**。要获准提供这些治疗或服务, 您的医生或医疗保健提供者必须拨打 1-866-604-3267 致电 UnitedHealthcare 事先授权部, 或以书面形式或通过传真号 1-866-950-4490 发送请求。医生或医疗保健提供者提交的书面请求可发送至:

UnitedHealthcare Community Plan of New York
One Penn Plaza, 8th Floor
New York, NY 10119

如果您现在正在接受上述服务之一, 但需要继续或获得更多的诊疗护理, 那么您也需要获得事先授权。这包括在您住院期间或刚出院后请求居家照护。这称为**同时审查**。

52 **有疑问?** 拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**), 致电会员服务部
(如遇心理健康或药物滥用危机, 请按 8)

收到您的服务授权请求后, 我们如何处理

健康计划设有一个审查小组, 以确保您获得我们承诺的服务。我们会核实确认您请求的服务是否在您的健康计划承保范围内。医生和护士都是审查小组成员, 他们负责确保您请求的治疗或服务具有医疗必要性并且适合您。为此, 他们会参照医学上可接受的标准, 评估您的治疗计划。

我们可能决定拒绝服务授权请求, 或者以低于请求的金额批准。这些决定将由符合资格的医疗保健专业人员作出。如果我们判定您请求的服务无医疗必要性, 将由一名临床同行评审员作出决定, 该人员可能是医生, 也可能是通常负责提供您所要求的诊疗护理的医疗保健专业人员。您可以要求采用特定医疗标准, 称为**临床审查标准**, 用于判定医疗必要性。

收到您的请求后, 我们将按照**标准**或**快速**流程, 对其进行审查。如果您认为延迟会严重损害您的健康, 那么您本人或您的医生可以要求快速审查。如果您的快速审查请求遭拒, 我们会通知您, 您的案件将按标准审查流程处理。

若出现以下情况, 我们将快速审查您的请求:

- 延迟会严重危及您的健康、生命或身体机能
- 您的医疗保健提供者表示审查必须加急
- 您要求的不仅仅是当前获得的某项服务

在任何情况下, 我们都会根据您的医疗状况, 尽快审查您的请求, 但不会迟于下文所述。

如果您的请求获批或遭拒, 我们将以电话和书面形式告知您和您的医疗保健提供者。我们也会告知相应决定的原因。如果您不同意我们的决定, 我们将介绍您可选择的申诉或公平听证会。(另见本手册后文中的**计划申诉**和**公平听证会**部分。)

事先授权请求的时限:

标准审查: 我们将在获得所需的全部信息后 3 个工作日内对您的请求作出决定, 您将在我们收到您的请求后 14 天内收到我们的答复。如果我们需要补充信息, 会在第 14 天前告知您。

快速审查: 我们会在 72 小时内作出决定并给予您答复。如果我们需要补充信息, 会在 72 小时内告知您。

第二部分 — 您的福利和计划程序

同时审查请求的时限：

标准审查：我们将在获得所需的全部信息后 1 个工作日内对您的请求作出决定，您将在我们收到您的请求后 14 天内收到我们的答复。如果我们需要补充信息，会在第 14 天前告知您。

快速审查：我们将在获得所需的全部信息后在 1 个工作日内作出决定。您将在我们收到您的请求后 72 小时内收到我们的答复。如果我们需要补充信息，会在 1 个工作日内告知您。

其他请求的特殊期限：

- 如果您在住院或刚刚出院，并提出居家照护请求，我们将在收到您的请求后 72 小时内作出决定
- 如果您正在住院接受药物滥用治疗，并在出院前至少提前 24 小时请求提供更多服务，我们将在收到您的请求后 24 小时内作出决定
- 如果您请求可能与出庭有关的心理健康或药物滥用服务，我们将在收到您的请求后 72 小时内作出决定
- 如果您请求使用门诊处方药，我们将在收到您的请求后 24 小时内作出决定
- 逐步疗法 (step therapy) 指我们会要求您先试用另一种药物，然后才会批准您请求使用的药物。如果您请求批准撤销逐步疗法，我们将在 24 小时内就门诊处方药作出决定。对于其他药物，我们将在收到您的请求后 14 天内作出决定。

无论如何，您将在我们收到您的请求后 72 个小时内收到我们的答复。如果我们需要补充信息，会在 72 个小时内告知您。

如果我们需要补充信息，以便按标准或快速流程对您的计划申诉作出决定，我们将：

- 致函告知您需要提供什么信息。如果您的请求正在快速审查中，我们将立即向您致电，稍后再发送书面通知。
- 告知您为什么推迟对您最为有利
- 自我们要求补充信息之日起 14 天内作出决定

您本人、您的医疗保健提供者或您信任的人也可要求我们延长决策周期。理由是您可以向计划提供更多信息，从而有助于决策。具体方式为拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**) 或发送传真至 1-800-771-7507。医生或医疗保健提供者提交的书面请求可发送至：

UnitedHealthcare Community Plan of New York
One Penn Plaza, 8th Floor
New York, NY 10119

如果您不同意我们延长您的请求审查决策周期，您或您信任的人可以向计划提出投诉，也可拨打 1-800-206-8125 向纽约州卫生局投诉审查时长。

我们将在审查期限到期日前通知您。但是，如果由于某种原因，您在该日期之前未收到我们的消息，则等同于我们拒绝了您的服务授权请求。如果我们未及时回复撤销逐步疗法的请求，您的请求将获批。

如果您认为我们拒绝您的服务授权请求是错误的决定，您有权向我们提出计划申诉。请参阅本手册后文的**计划申诉**部分。

有关诊疗护理的其他决定

有时，我们会对您正在接受的诊疗护理进行同时审查，确定您是否仍需要这项服务。我们也可能会审查您已经接受的其他治疗和服务。这称为**回顾性审查**。如果我们作出这些决定，我们会告知您。

有关诊疗护理的其他决定的时限：

在大多数情况下，如果我们决定减少、暂停或终止一项我们已经批准且您正在获享的服务，我们必须在变更服务前至少提前 10 天通知您。

在作出任何关于长期服务和支持（如居家照护、个人诊疗护理、CDPAS、成人日间医疗保健和疗养院诊疗护理）的决定前，我们必须至少提前 10 天告知您。

如果我们评估的是过去提供的诊疗护理，我们将在获得回顾性审查所需的全部信息后 30 天内决定是否付费。如果我们拒绝支付某项服务的费用，我们将在拒绝付费当天向您和您的医疗保健提供者发出通知。这些通知不是账单。**即使我们后来拒绝向医疗保健提供者付费，您也不必为您在计划或 Medicaid 承保范围内获享的任何诊疗护理付费。**

第二部分 — 您的福利和计划程序

您也可以致电独立消费者权益宣导网络 (ICAN), 获得关于您的保险范围、投诉和申诉选择方案的免费独立建议。该组织的人员可以帮您处理申诉流程。联系 ICAN 详细了解其服务。

电话: 1-844-614-8800 (听障专线中转服务: 711)

网站: www.icannys.org

邮箱: ican@cssny.org

医疗保健提供者获得报酬的方式

您有权询问我们与医生之间是否存在任何可能影响您享受医疗保健服务的特殊财务安排。如果您有具体疑虑, 可拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: TTY 711), 咨询会员服务部。我们也希望您知晓, 我们的大多数医疗保健提供者都是通过以下一种或多种方式获得报酬的。

- 如果我们的 PCP 在诊所或健康中心任职, 他们可能会领取**薪资**。他们接诊的患者人数并不影响薪资。
- 在自己诊室接诊的 PCP 可以每个月按其负责的患者人数收取固定费用, 他们是这些患者的 PCP。无论患者需要几次就诊, 甚至根本无需就诊, 费用都是一样的。这称为**按人头收费**。
- 有时, 医疗保健提供者会对其患者名单上的每个人收取固定费用, 但一部分款额 (可能是 10%) 可以作为**激励基金**保留。在年底, 该基金用于奖励达到计划设定的额外奖励标准的 PCP。
- 医疗保健提供者也可按**一次一付式**收费, 即他们每次提供服务时都会获得计划设定的费用。

您可以出谋划策, 帮助我们制定计划政策

我们重视您的意见。您可以帮助我们制定最有利于会员的政策。如果您有想法, 请告诉我们。也许您想参与我们会员顾问理事会或委员会的工作。请拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: 711), 致电会员服务部, 了解如何提供帮助。

会员服务部可提供的信息

以下是您致电会员服务部 (**1-866-433-3413**, 听障专线: 711) 可获知的信息。

- UnitedHealthcare Community Plan 董事会成员、管理人员、控制方、所有者和合作伙伴的名称、地址和职务清单
- 近期财务报表/资产负债表、收支汇总表的副本

56 **有疑问?** 拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: 711), 致电会员服务部 (如遇心理健康或药物滥用危机, 请按 8)

- 近期个人直接支付投保人合同副本
- 金融服务管理局提供的关于消费者对 UnitedHealthcare Community Plan 的投诉的信息
- 我们如何对您的临床记录和会员信息保密
- 我们将以书面形式告知您我们的计划如何考核为会员提供的诊疗护理质量
- 我们会告知您我们的医疗保健提供者与哪些医院合作
- 如果您以书面形式询问, 我们将告知您我们审查 UnitedHealthcare Community Plan 承保病症或疾病所依据的准则
- 如果您以书面形式询问, 我们将告知您医疗保健提供者如何申请加入 UnitedHealthcare Community Plan 及其需要具备的资质
- 如果您询问, 我们将告知您: 1) 我们的合同或分包合同是否包含影响使用转介服务的医生激励计划; 2) 若包含, 采用何种激励计划; 3) 是否向医生和医生团体提供止损保护。
- 关于我们公司组织运营方式的信息

及时告知我们

若您在生活中发生下列变化, 请拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**), 致电会员服务部:

- 您的姓名、地址或电话号码发生变更
- 您的 Medicaid 资格发生变更
- 您已怀孕
- 您已生育
- 您的保险发生变更
- 您加入一个新的个案管理计划或在另一个社区组织接受个案管理服务

如果您不再参加 Medicaid, 可告知当地社会服务部。您也可以加入其他计划。

第二部分 — 您的福利和计划程序

退出和转出

1. 如果您想退出计划

您可以试用计划 90 天。在此期间，您可以随时退出 UnitedHealthcare Community Plan 并加入其他健康计划。但是，如果您在前 90 天内未退出计划，**除非**您有充分的理由（合理的理由）退出，否则您必须保持 UnitedHealthcare Community Plan 加入状态九个月。

充分理由的示例有：

- 我们的健康计划不符合纽约州要求，会员因此会受到损害
- 您搬离了我们的服务区域
- 您自己、计划和当地社会服务部门 (LDSS) 都同意退出对您是最好的选择
- 您被免除或排除在管理式诊疗护理范围之外
- 我们不提供您可以通过所在地区的其他健康计划获得的 Medicaid 管理式诊疗护理服务
- 您需要的服务属于我们选择不承保的福利范围，单独获得这项服务会使您面临健康风险
- 我们未能按照与州签订的合同要求，为您提供服务

如需更换计划：

- 致电当地社会服务部的管理式诊疗护理工作人员。
- 拨打 1-800-505-5678，致电纽约 Medicaid Choice。纽约 Medicaid Choice 咨询师可以帮助您更换医疗计划。

您可以通过电话退出或转到其他计划 如果您必须接受管理式诊疗护理，您必须选择另一种健康计划。

这个过程可能需要二到六周的时间，取决于您的请求何时被收到。您将收到计划更换生效日期。UnitedHealthcare Community Plan 将在此之前向您提供您所需的诊疗护理。

如果您认为常规程序耗时长久，会让您承受更多的健康损害，可以要求加急处理。如果您因为不同意加入而提出投诉，您也可以提请加急办理。致电您当地的社会服务部或纽约 Medicaid Choice 即可。

2. 您可能失去参加 Medicaid 管理式诊疗护理和健康和恢复计划的资格。

在发生下列任一种情况时，您可能不得不退出 UnitedHealthcare Community Plan：

- 搬离县区或服务区域；
- 更换为其他管理式诊疗护理计划；
- 通过工作加入 HMO 或其他保险计划；
- 坐牢；或
- 因其他原因失去资格。

如果您不得不退出 UnitedHealthcare Community Plan 或不符合参加 Medicaid 的条件，您的所有服务可能会意外停止，包括您在家中接受的任何诊疗护理。如果发生这种情况，请立即拨打 1-800-505-5678，致电纽约 Medicaid Choice。

3. 我们可能会要求您退出 UnitedHealthcare Community Plan

如果您经常有下列情况，您也会失去您的 UnitedHealthcare Community Plan 会员资格：

- 在您的诊疗护理中拒绝配合您的 PCP
- 不遵守预约
- 因非急诊诊疗护理去急诊室
- 不遵守 UnitedHealthcare Community Plan 的规定
- 表格填写不实或不提供真实信息（欺诈）
- 行为不当，即使我们试图解决问题后，仍使我们难以为您和其他成员尽力服务

如果您辱骂或伤害计划成员、健康保健提供者或工作人员，也可能会失去您的 UnitedHealthcare Community Plan 会员资格。

4. 无论您因何种原因退出，我们都会为您准备一份退出计划，以帮助您获得您需要的服务。

第二部分 — 您的福利和计划程序

计划申诉

您需要先获得批准，才能接受或继续接受某些治疗和服务。这称为**事先授权**。请求批准治疗或服务称为**服务授权请求**。该过程在本手册前文有详细说明。我们决定拒绝服务授权请求，或以低于请求的金额批准服务授权请求，就此发出的通知称为**初步不利裁定**。

如果您不满意我们对您作出的诊疗护理决定，您可以采取一些措施。

您的医疗保健提供者可以请求重新审查

如果我们决定您的服务授权请求无医疗必要性，或者属试验性或研究性服务，而且我们没有与您的医生谈及此事，您的医生可以要求与计划的医疗主任交谈。医疗主任将在一个工作日内与您的医生沟通。

您可以提出计划申诉

如果您认为我们对您的服务授权请求的决定是错误的，可以要求我们重审您的案件。这称为“**计划申诉**”。

- 自初步不利裁定作出之日起，您可在 **60 个日历日**内提出计划申诉。
- 如果您需要帮助提出计划申诉，或遵循申诉程序的步骤，可拨打 **1-866-433-3413**（听障专线：**711**），致电会员服务部。如果您有任何特殊需求，如听力或视力障碍，或需要翻译服务，我们都可以提供帮助。
- 您可以亲自提出计划申诉，也可以让其他人（如家人、朋友、医生或律师）代您提出。您和该人需要签署一份声明并注明日期，表示您希望该人代表您。
- 我们不会因为您提出计划申诉而对您区别对待，也不会以恶劣的态度对待您

您可以致电或致函提出计划申诉。在您提出计划申诉时, 或之后不久, 您需要向我们提供:

- 您的姓名和地址
- 参保编号
- 您请求提供的服务和您申诉的理由
- 您希望我们审查的任何信息, 如临床记录、医生信件或解释您为何需要服务的其他信息
- 我们在初步不利裁定通知中要求提供的任何具体信息
- 为了帮助您准备您的计划申诉, 您可以要求查看我们在作出初步不利裁定时参考的准则、临床记录和其他文件。如果您的计划申诉按快速流程审查, 您可能只有很短的时间向我们提供您希望我们审查的信息。您可以要求查看这些文件, 或通过拨打 **1-866-433-3413**, 索要免费副本。

通过电话、邮件向我们提供您的信息和资料:

电话: 1-866-433-3413

邮寄地址: Member Complaints, Grievances and Appeals (投诉和申诉部)
UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

如果您通过电话提出计划申诉, 除非经快速审查, 否则您还必须以书面形式呈交计划申诉书。

如果您请求获得网络外服务或问诊医疗保健提供者:

- 如果我们认定您请求提供的服务与加入计划的医疗保健提供者提供的服务并无太大差别, 您可以要求我们核实这项服务对您是否有医疗必要性。您需要请您的医生将以下资料与您的计划申诉一同寄出:
 1. 您的医生出具的一份书面声明, 表示网络外服务与加入计划的医疗保健提供者提供的服务差别很大。您的医生必须是经过委员会认证或符合委员会资格的专科医生, 所提供的治疗服务与您要求的治疗相同。
 2. 两份医学或科学文件, 证明您要求的服务对您更有帮助, 并且不会比加入计划的医疗保健提供者提供的服务带来更大的伤害。

第二部分 — 您的福利和计划程序

- 如果您认为我们加入计划的医疗保健提供者没有经过或不具备提供服务所需的适当培训或经验，您可以要求我们核实是否在医疗上有必要将您转介到网络外服务医疗保健提供者。您需要请您的医生将以下资料与您的申诉一同寄出：
 1. 一份书面声明，表示我们加入计划的医疗保健提供者未接受过且不具备满足您需求的适当培训和经验；以及
 2. 一份推荐信，为您推荐接受过且具备适当培训和经验、能够为您提供服务的网络外医疗保健提供者。

您的医生必须是经过委员会认证或符合委员会资格的专科医生，所提供的治疗服务与您要求的治疗相同。如果您的医生未发出这些信息，我们仍会审核您的计划申诉。但您可能没有资格提出外部申诉。请参阅本手册后文的**外部申诉**部分。

在下列情况下，您的计划申诉将接受快速审查：

- 您或您的医生要求按照快速流程审查您的计划申诉。在这种情况下，您的医生必须解释延迟会如何损害您的健康。如果您的快速审查请求遭拒，我们会通知您，并按照标准流程审查您的申诉；**或者**
- 您要求继续获得您现在接受的诊疗护理或需要延长已经提供的服务时，您的请求遭拒；**或者**
- 您在住院后要求居家照护时，您的请求遭拒；**或者**
- 您在准备出院前至少提前 24 小时要求获得更多住院药物滥用治疗时，您的请求遭拒。

快速计划申诉可以通过电话提出，不必以书面形式跟进。

收到您的计划申诉后，如何处理

- 我们将在 15 天内向您发出信函，告知您我们正在处理您的计划申诉。
- 我们将向您寄送一份免费的临床记录副本以及我们作出申诉决定时参考的任何其他信息。如果您的计划申诉按快速流程审查，我们可能只有很短的时间审查这些信息。
- 您也可以亲自或以书面形式提供用于决策的信息。如果您不确定应该提供哪些信息，请拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**)，致电 UnitedHealthcare。
- 涉及临床问题的计划申诉将由一名或多名符合资格的医疗保健专业人员决定，这些人员未参与首次决定，而且其中至少有一名是临床同行评审员。
- 非临床决定将由级别高于作出首次决定的人员处理。

- 我们将向您寄送一份免费的临床记录副本以及我们作出申诉决定时参考的任何其他信息。如果您的计划申诉按快速流程审查，我们可能只有很短的时间审查这些信息。
- 您也可以亲自或以书面形式提供用于决策的信息。如果您不确定应该提供哪些信息，请拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: 711)。
- 我们会向您说明我们作出决定的原因，并酌情说明我们的临床理由。我们作出计划申诉决定，拒绝您的请求，或以低于请求的金额批准请求，就此发出的通知称为**最终不利裁定**。
- **如果您认为我们的最终不利裁定是错误的：**
 1. 您可请求举行公平听证会。请参阅本手册的**公平听证会**部分。
 2. 对于某些决定，您可以提出外部申诉。请参阅本手册后文的**外部申诉**部分。
 3. 您可以向纽约州卫生局提出投诉，地址是 OHIP DHP CO 1CP-1609 New York Department of Health, Albany, NY 12237, 1-800-206-8125。

计划申诉的时限

- **标准计划申诉：**如果我们获得了所需的全部信息，我们将在您提出计划申诉后 **30个日历日内** 告知您我们的决定。
- **快速申诉：**如果我们获得了所需的全部信息，快速计划申诉决定将在您提出计划申诉后两个工作日内 (但不超过 72 个小时) 作出。
 1. 如果我们需要补充信息，会在 72 小时内告知您。
 2. 如果您在准备出院前至少提前 24 小时要求获得更多住院药物滥用治疗时，您的请求遭拒，我们将在 24 小时内对您的申诉作出决定。
 3. 我们将通过电话告知您我们的决定，并在稍后发送书面通知。

在下列情况下，您的计划申诉将接受快速审查：

- 您或您的医生要求按照快速流程审查您的计划申诉。在这种情况下，您的医生必须解释延迟会如何损害您的健康。如果您的快速审查请求遭拒，我们会通知您，并按照标准流程审查您的计划申诉；或者
- 您要求继续获得您现在接受的诊疗护理或需要延长已经提供的服务时，您的请求遭拒；或者

第二部分 — 您的福利和计划程序

- 您在住院后要求居家照护时，您的请求遭拒；或者
- 您在准备出院前至少提前 24 小时要求获得更多住院药物滥用治疗时，您的请求遭拒。

如果我们需要补充信息，以便按标准或快速流程对您的计划申诉作出决定，我们将：

- 致函告知您需要提供什么信息。如果您的请求正在快速审查中，我们将立即致电您，稍后再发送书面通知。
- 告知您为什么推迟对您最为有利
- 自我们要求补充信息之日起 14 天内作出决定

您或您的代表也可要求我们延长决策周期。理由是您可以向计划提供更多信息，从而有助于决策。具体方式为拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**) 或写信。

请将所有书面请求发送至：

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

如果您不同意我们延长您的计划申诉审查决策周期，您或您的代表可以向计划提出投诉，也可拨打 1-800-206-8125 向纽约州卫生局投诉审查时长。

如果您未收到我们对计划申诉的答复，或者我们没有及时（包括延期后）作出决定，您可以要求举行公平听证会。请参阅本手册的**公平听证会**部分。

如果我们没有及时对您的计划申诉作出决定，且表示您要求的服务：

- 无医疗必要性
- 是实验性或研究性的
- 与网络内可获得服务无差别
- 可由经过适当培训且具备适当经验，可满足您需求的网络内医疗保健提供者提供

最初拒绝您请求的决定将会被推翻。这意味着您的服务授权请求将获得批准。

就诊疗护理决定提出申诉期间维持服务

如果我们决定减少、暂停或终止您当前正在获享的服务，您在等待我们对您的计划申诉作出决定期间，可继续享受这些服务。**您必须按下列要求提出计划申诉：**

- 从获知您的诊疗护理发生变化起 10 日内提出；或者
- 在服务变化预定发生日期之前提出，以较晚的日期为准。

如果您的计划申诉再次遭拒，您可能需要对仍在享受的福利支付费用。

外部申诉

如果我们认定您请求的服务存在下列情况，您有其他申诉权：

- 无医疗必要性；
- 是实验性或研究性的；
- 与您在计划网络内获得的诊疗护理并无差别；或
- 可由经过适当培训且具备适当经验，可满足您需求的网络内医疗保健提供者提供。

对于这类决定，您可以向纽约州提出独立的**外部申诉**。之所以被称为“外部申诉”，是因为裁定者是不在健康计划或纽约州任职的审查员。这些审查员为纽约州经批准的符合资格的人员。服务必须在计划的整套福利范围内，或者属于实验性治疗、临床试验或罕见疾病治疗。您不必为外部申诉支付费用。

您提出外部申诉的前提条件是：

- 您已提出计划申诉，计划给出了最终不利裁定；**或**
- 如果您尚未获得服务，并且您要求对计划申诉进行快速审查，您可以同时提出加急外部申诉。您的医生表示加急外部申诉是必要的；**或**
- 您和计划可能同意跳过计划的申诉流程，直接进入外部申诉；**或**
- 您可以证明，计划在处理您的计划申诉时未正确地遵守规则。

在收到计划给出的最终不利裁定后，您有 4 个月的时间提出外部申诉。如果您和计划同意跳过计划的申诉流程，您必须在达成该约定后的 4 个月内提出外部申诉。

第二部分 — 您的福利和计划程序

要提出外部申诉, 请填写一份申请表, 并将其发送至金融服务管理局。如果您需要帮忙提出申诉, 可拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**), 致电会员服务部。您和您的医生必须提供有关您的医疗问题的信息。外部申诉申请表会载明需要您提供的信息。

以下是获得申请表的一些方式:

- 致电金融服务管理局, 电话: 1-800-400-8882
- 登录金融服务管理局的网站: www.dfs.ny.gov
- 联系健康计划, 电话: **1-866-433-3413** (听障专线: **711**)

审查员将在 30 天内对您的外部申诉作出决定。如果外部申诉审查员要求提供补充信息, 可能需要更长的时间 (最长 5 个工作日)。在审查员作出决定后, 您和计划将在两天内被告知最终决定。

在下列情况下, 您可以更快地收到决定:

- 您的医生表示延迟会给您的健康造成严重损害, 或
- 您在急诊室就诊后住院, 而医院的诊疗护理被计划拒绝。

这称为**加急外部申诉**。外部申诉审查员将在 72 小时或更短时间内对快速申诉作出决定。

在下列情况下, 如果您在出院前至少提前 24 小时要求接受住院药物滥用治疗, 我们将继续支付您的住院费用:

- 您在 24 小时内提出快速计划申诉, **且**
- 您同时提出快速外部申诉。

在对您的所有申诉作出决定前, 我们将继续承担您的住院费。我们将在 24 小时内对您的快速计划申诉作出决定。快速外部申诉的决定则将在 72 小时内作出。

外部申诉审查员将通过电话或传真立即告知您和计划所作的决定。之后, 会向您寄出信函, 告知您决定。

如果您提出计划申诉后, 收到拒绝、减少、暂停或停止您服务的最终不利裁定, 您可以请求举行公平听证会。您可以请求举行公平听证会或提出外部申诉, 也可同时提出两者。如果您同时提出两者, 将以公平听证会官员的决定为准。

公平听证会

在下列情况下，您可以要求纽约州举行公平听证会：

- 您对当地社会服务部或州卫生局就您留在或退出 UnitedHealthcare Community Plan 所作的决定不满
- 您对我们作出的、限制您的服务的决定不满。您认为该决定限制了您的 Medicaid 福利。自限制意向通知之日起，您可在 60 个日历日内要求举行公平听证会。如您在限制意向通知之日起 10 日内或者在限制生效日之前（以较晚的日期为准）要求举行公平听证，您可继续获得服务直至公平听证会决定作出。但是，如果您在公平听证会上败诉，您可能需要为您在等待决定期间所获得的服务支付费用。
- 对于医生决定不给您安排您想要的服务，您感到不满。您认为医生的决定会停止或限制您的 Medicaid 福利。您必须向 UnitedHealthcare Community Plan 提出投诉。如果 UnitedHealthcare Community Plan 支持您的医生，您可以提出计划申诉。如果您收到了最终不利裁定，您可在 120 个日历日内要求举行公平听证会。
- 关于我们对您的诊疗护理作出的决定，您感到不满。您认为该决定限制了您的 Medicaid 福利。您对我们的下列决定不满：
 1. 减少、暂停或停止您当前获享的诊疗护理；或
 2. 拒绝您想要的诊疗护理；
 3. 拒绝对您获得的诊疗护理付费；或
 4. 未给您机会对共付额、您应付的其他金额或您支付的医疗保健费用提出异议。

在请求举行公平听证会之前，您必须首先提出计划申诉并已收到最终不利裁定。自最终不利裁定之日起，您可在 120 个日历日内请求举行公平听证会。

如果您提出计划申诉，并收到减少、暂停或停止您当前获享的诊疗护理的最终不利裁定，您可以在等待公平听证会作出决定的期间，继续接受您的医生所安排的服务。您必须在最终不利裁定作出之日起的 10 日内或裁定生效之前（以较晚的日期为准）要求举行公平听证会。但是，如果您选择要求继续提供服务，而您在公平听证会中败诉，您可能需要为您在等待决定期间所获得的服务支付费用。

- 您提出了计划申诉，而我们对您的计划申诉作出决定的期限（包括任何延期）已经过期。如果您未收到我们对计划申诉的回复，或者我们未能及时作出决定，您可以要求举行公平听证会。

您从公平听证会官员处收到的决定将是最终决定。

第二部分 — 您的福利和计划程序

如果您收到医疗保健服务账单,可以拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**),联系会员服务部寻求帮助,并且确认如果您不同意拒绝支付医疗保健服务费用的决定,您有权要求举行州公平听证会。UnitedHealthcare Community Plan 将继续确保及时响应您或您的指定人员提出的病历档案查看请求(病历档案包含与特定服务请求相关的信息,以及 UnitedHealthcare Community Plan 在达成承保决定过程中审查的信息)。UnitedHealthcare Community Plan 将遵守保密要求,并且按法律法规要求,在发布可能包含在您的病历档案中的受保护的健康信息之前,获得适当的授权。

您必须向 UnitedHealthcare Community Plan 提出投诉。如果 UnitedHealthcare Community Plan 支持您的医生,您可以要求举行州公平听证会。您从公平听证会官员处收到的决定将是最终决定。

您可以使用以下方式之一要求举行州公平听证会:

1. 电话: 拨打免费电话 800-342-3334
2. 传真: 518-473-6735
3. 网站: www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp
4. 邮寄:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance (纽约州临时和残疾援助办公室)
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, NY 12201-2023

在您要求就 UnitedHealthcare Community Plan 所作的决定举行公平听证会时,我们必须将**证据包**的副本寄送给您。其中包含我们在对您的诊疗护理作决定时参考的资料。计划将向听证会官员提供这些资料,以解释我们的行动。如果没有足够的时间寄给您,我们将在听证会时为您带一份证据包副本。如果您在听证会前一周没有收到证据包,可以拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**),请求提供。

请记住,您可以随时拨打 1-800-206-8125 向纽约州卫生局投诉。

您也可以致电独立消费者权益宣导网络 (ICAN),获得关于您的保险范围、投诉和申诉选择方案的免费独立建议。该组织的人员可以帮您处理申诉流程。联系 ICAN 详细了解其服务。

电话: 1-844-614-8800 (听障专线中转服务: 711)

网站: www.icannys.org

邮箱: ican@cssny.org

68 **有疑问?** 拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**),致电会员服务部
(如遇心理健康或药物滥用危机,请按 8)

投诉流程

投诉

我们希望我们的健康计划提供令您满意的服务。如果您有问题，请与您的 PCP 谈论，也可致电或致函会员服务部。大多数问题都可以立刻解决。如果您对您的诊疗护理或服务有意见或异议，您可以向计划提出投诉。通过电话不能立刻解决的问题和通过邮件收到的任何投诉将按照我们的投诉程序进行处理，具体如下。

如果您需要协助提出投诉或遵循投诉程序的步骤，可以拨打 **1-866-433-3413**，致电会员服务部。如果您有任何特殊需求，如听力或视力障碍，或需要翻译服务，我们都可以提供帮助。

我们不会因您提出投诉而为难您，也不会对您采取任何措施。

您也有权就您的投诉与纽约州卫生局联系，致电 1-800-206-8125，或致函至：

Complaint Unit, Bureau of Consumer Services (消费者服务局投诉科)
OHIP DHPCO 1CP-1609
New York State Department of Health
Albany, New York 12237

您还可以随时联系当地社会服务部，提出您的投诉。如果您的投诉涉及账单问题，可拨打 1-800-342-3736，致电纽约州金融服务管理局。

如何对我们的计划提出投诉

您可以亲自投诉，也可以让其他人（如家人、朋友、医生或律师）代您投诉。您和该人需要签署一份声明并注明日期，表示您希望该人代表您。

如需通过电话投诉，请拨打 **1-866-433-3413**（听障专线：711），致电会员服务部，该热线每周 7 天，每天 24 小时提供服务。如果我们需要更多信息来作决定，我们会告诉您。

您可以写信给我们提出投诉，也可拨打会员服务部电话，索要投诉表。投诉函应邮寄至：

Complaints, Grievances and Appeals (投诉和申诉部)
UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364

第二部分 — 您的福利和计划程序

后续流程

如果我们没有通过电话或在收到您的书面投诉后立刻解决问题，我们将在 15 个工作日内向您发送信函。该信函将向您说明：

- 正在处理您投诉的人员；
- 如何联系此人，以及
- 我们是否需要更多信息。

您也可以当面或以书面形式提供用于审查您的投诉的信息。如果您不确定应该提供哪些信息，请拨打 **1-866-433-3413**，致电 UnitedHealthcare。

您的投诉将由一名或多名有相关资格的人员审查。如果您的投诉涉及临床问题，您的案件将由一名或多名符合资格的医疗保健专业人员进行审查。

审查您的投诉之后

我们将在获得回应您的投诉所需的全部信息后 45 天内通知您我们的决定，您将在我们收到您投诉之日起 60 天内收到我们的答复。我们会寄函给您，向您说明我们所作决定的理由。

如果延迟会危及您的健康，我们将在获得回应您的投诉所需的全部信息后 48 小时内通知您我们的决定，您将在我们收到您投诉之日起 7 天内收到我们的答复。我们会给您致电，告诉您我们的决定，或尝试以其他方式联系您，通知您我们的决定。您将在 3 个工作日内收到跟进我们沟通的信函。

我们会向您说明，如果您不满意，如何对我们的决定提出申诉，并且我们会附上您可能需要的任何表格。

如果我们因没有足够的信息而无法对您的投诉作出决定，我们会寄函通知您。

投诉申诉

如果您不同意我们对您的投诉作出的决定，您可以向计划提出**投诉申诉**。

如何提出投诉申诉

如果您对我们的决定不满意，在收到我们的答复后，您至少有 60 个工作日可以提出投诉申诉。

您可以自己提出投诉申诉，也可请您信任的人代您处理。

70 **有疑问？** 拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: 711)，致电会员服务部 (如遇心理健康或药物滥用危机，请按 8)

必须采用书面形式提出。如果您通过电话提出申诉，必须以书面形式跟进。在您打电话之后，我们将向您发送一份表格，该表格是您电话申诉的概要。如果您同意我们的概要，必须在表格上签字并返回给我们。在将表格寄回之前，您可以作任何必要的修改。

我们收到您的投诉申诉后如何处理

我们收到您的投诉申诉后，会在 15 个工作日内给您发送信函。该信函将向您说明：

- 正在处理您投诉申诉的人员；
- 如何联系此人，以及
- 我们是否需要更多信息。

您的投诉申诉将由一名或多名有相关资格的人员审查，其级别高于对您的投诉作出首次决定的人员。如果您的投诉申诉涉及临床问题，您的案件将由一名或多名符合资格的医疗保健专业人员进行审查，其中至少有一名是临床同行评审员，而且这些人员没有参与对您投诉的首次决定。

我们将在获得所需的所有信息后 30 个工作日内通知您我们的决定。如果延迟会危及您的健康，我们将在获得决定您的申诉所需的所有信息后 2 个工作日内通知您我们的决定，

我们会向您说明我们作出决定的原因，并酌情说明我们的临床理由。如果您仍然不满意，您或代表您的人可以随时拨打 1-800-206-8125，向纽约州卫生局提出投诉。

您也可以致电独立消费者权益宣导网络 (ICAN)，获得关于您的保险范围、投诉和申诉选择方案的免费独立建议。该组织的人员可以帮您处理申诉流程。联系 ICAN 详细了解其服务。

电话：1-844-614-8800 (听障专线中转服务: 711)

网站：www.icannys.org

邮箱：ican@cssny.org

会员权利和责任

您的权利

作为 UnitedHealthcare Community Plan 的会员，您有权：

- 获得有关 UnitedHealthcare、其服务、其执业人员和医疗保健提供者以及会员权利和责任的信息
- 不论健康状况、性别、种族、肤色、宗教、国籍、年龄、婚姻状况或性取向，在获得诊疗护理时都受到尊重、享有尊严、隐私得到保护
- 了解从 UnitedHealthcare Community Plan 获享所需服务的地点、时间和方式
- 由您的 PCP 用您能理解的语言告诉您哪些是错误做法，可以为您做什么，以及可能会有何种结果
- 从网络内医疗保健提供者处获得关于您的诊疗护理的其他意见，或者在网络内医疗保健提供者无法提供服务的情况下，免费从网络外获得
- 同意接受已向您充分解释的任何治疗或护理计划
- 拒绝接受护理，并被告知如果您这样做可能会有什么风险
- 获得一份您的医疗记录副本，与您的 PCP 就此交谈，并在需要时要求修改或更正您的医疗记录
- 确保您的医疗记录是私密的，除非法律、合同要求或经您同意，否则不会与任何人共享
- 使用 UnitedHealthcare Community Plan 投诉系统来解决任何投诉，或者在觉得自己受到不公平待遇时，随时向纽约州卫生局或当地社会服务部投诉
- 就组织的成员权利和责任政策提出建议
- 利用州公平听证会制度
- 当您无法表达自己的护理和治疗意愿时，指定某人（亲戚、朋友、律师等）为您表达想法
- 在没有不必要限制的清洁安全的环境中接受体贴且让人感受到尊重的诊疗护理
- 坦诚地讨论针对您的病情制定的适当或医疗上必要的治疗方案，不考虑费用或福利范围

您的责任

作为 UnitedHealthcare Community Plan 的会员，您同意：

- 与您的 PCP 一起守护和改善您的健康
- 提供所需的真实完整的信息，以便组织及其执业医护人员和医疗保健提供者提供诊疗护理
- 遵循您与执业医生商定的诊疗护理计划和指示
- 了解您的健康问题并参与制定共同商定的治疗目标
- 了解您的医疗保健系统如何运作
- 听取您的 PCP 的建议，并在有疑问时提出问题
- 如果您没有好转，请致电或找您的 PCP 复诊，或询问其他意见
- 以您期望自己得到的尊重来对待医疗保健人员
- 如果您对任何医疗保健人员有意见，请告诉我们。致电会员服务部即可。
- 请遵守预约。如果您不得不取消，请尽快打电话告诉我们。
- 仅在真正的紧急情况下使用急诊室
- 当您需要医疗护理时，请给您的 PCP 打电话，即使是在下班后也可以

新技术

UnitedHealthcare Community Plan 遵循既定审查流程，一旦确定新的医疗操作、治疗方法和药物安全稳妥，并经公认的国家医学专家组（如美国食品与药物管理局 (FDA)）批准使用，就会对其开展审查。之后，我们会按照内部审查和批准流程，将新的操作、治疗方法和药物投入使用，使其成为您的承保福利。

第二部分 — 您的福利和计划程序

预立指示

可能有一天，您无法决定自己的医疗保健，您现在就可按照您的意愿提前规划。首先，让家人、朋友和您的医生知道您想要或不想要什么样的治疗。然后，您可以指定一个您信任的成年人为您作决定。务必与您的PCP、您的家人或其他与您关系密切的人交谈，这样他们就会了解您的意愿。最后，最好把您的想法写成文字。以下所列的文件可以帮您。您不一定要使用律师，但您可能希望与律师讨论这个问题。您可以随时改变想法，并变更这些文件。我们可帮您理解或获得这些文件。这些文件不会改变您享受优质医疗保健福利的权利。唯一的目的是，在您无法表达自己的想法时，让别人知道您想要什么。

医疗保健委托书

通过这份文件，您指定您信任的另一个成年人（通常是朋友或家人）在您不能决定采取何种医疗护理时为您作决定。在您出具此文件时，您应该与该人交谈，让其了解您的意愿。

心肺复苏术和拒绝心肺复苏术

如果您的呼吸或血液循环停止，您有权决定是否需要任何特殊或紧急治疗来恢复您的心脏或肺部功能。如果您不想接受特殊治疗，包括心肺复苏术，您应该以书面形式表达自己的意愿。您的PCP会提供拒绝心肺复苏术指令，将其加入您的临床记录中。您也可以随身携带一张拒绝心肺复苏术表格和/或佩戴一个手环，让任何急救医务人员了解您的意愿。

器官捐献卡

这是一张大小如钱包的卡片，上面表示，您愿意在去世后捐出身体器官来帮助他人。此外，在您的驾照背面注明您是否想捐赠器官以及如何捐赠。

健康计划隐私实践声明

本声明说明如何使用和披露您的医疗信息，以及您如何获得这些信息。请仔细阅读。

于 2023 年 1 月 1 日生效

根据法律，我们必须保护您健康信息（“HI”）的隐私。我们必须向您发送此声明，以便您了解：

- 我们如何使用您的 HI；
- 我们何时可以与他人分享您的 HI；
- 您享有哪些权利来访问您的 HI。

根据法律，我们必须遵守此声明的条款。

HI 是有关您的健康或医疗保健服务的信息。我们有权更改我们处理 HI 的隐私实践。如有更改，我们将通过邮件或电子邮件通知您。我们还将在本网站 (www.uhccommunityplan.com) 上发布新的声明。如有泄露您 HI 的情况，我们会通知您。我们收集并保留您的 HI 以开展我们的业务。HI 可以是口头、书面或电子形式。我们限制员工和提供服务方查看您的 HI。我们有适当的保障措施来保护您的 HI。

我们如何收集、使用、分享您的信息

我们收集、使用您的 HI，并将其分享给：

- 您或您的法定代表人
- 政府机构。

我们有权出于某些目的收集、使用和分享您的 HI。 只能将您的 HI 用于您的治疗、支付您的诊疗护理费用或开展我们的业务。我们可能会出于以下目的使用和分享您的 HI：

- **付款。** 我们可能会为了处理保费交纳和索赔收集、使用、分享您的 HI。这可能包括协调福利。
- **治疗或管理式诊疗护理。** 我们可能会收集、使用您的 HI，并将其分享给您的医疗保健提供者，以帮助获得诊疗护理。
- **医疗保健运营。** 我们可能会建议疾病管理或保健计划。我们可能会研究数据以改进我们的服务。
- **告诉您有关健康计划或产品的信息。** 我们可能会告诉您有关其他治疗、产品和服务的信息。这些活动可能受到法律限制。

有疑问？ 拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: 711)，致电会员服务部 75
(如遇心理健康或药物滥用危机，请按 8)

第二部分 — 您的福利和计划程序

- **计划资助方。**我们可能会向您的雇主提供注册、退出和总结 HI。如果他们能适当限制其使用，我们可能会向他们提供其他 HI。
- **承保。**我们可能会为了作出承保决定收集、使用、分享您的 HI。我们不会将您的遗传 HI 用于承保目的。
- **福利或诊疗护理提醒。**我们可能会为了向您发送预约提醒和有关您的健康福利的信息而收集、使用和分享您的 HI。
- **与您沟通。**我们可能使用您提供的电话号码或电子邮件与您联系，使您了解您的福利、医疗保健或缴费情况。

我们可能会出于以下目的收集、使用和分享您的 HI。

- **根据法律要求。**
- **向和您的诊疗护理有关的人员分享。**紧急情况下可能是您的家人。如果您无法同意或反对，则可能会发生这种情况。如果您无法反对，我们将使用我们的最佳判断。如果允许，在您去世后，我们可能会与帮助照顾您的家人或朋友分享 HI。
- **公共卫生活动。**这可能是为防止疾病爆发。
- **报告虐待、忽视或家庭暴力。**我们只能与法律允许获得此 HI 的机构分享。这可能是社会或保护性服务机构。
- **开展健康监督活动，**向法律允许获得 HI 的机构分享。可能用于许可、审计以及欺诈和滥用调查。
- **司法或行政程序。**答复法庭命令或传票。
- **执法。**寻找失踪人员或举报犯罪。
- **处理健康或安全威胁。**可能提供给公共卫生机构或执法部门。例如，在紧急情况或发生灾难时。
- **履行政府职能。**可能用于军人和退伍军人、国家安全或保护服务。
- **工伤赔偿。**为了遵守劳动法。
- **研究。**为了研究疾病或残疾。
- **提供有关死者的信息。**可能提供给验尸官或法医。确定死者身份、找到死因或按照法律规定。我们可能会向丧葬承办人提供 HI。
- **器官移植。**帮助获取、保存或移植器官、眼睛或组织。
- **提供给惩教机构或执法部门。**受羁押人士：(1) 提供医疗保健服务；(2) 保护您和他人的健康；(3) 为确保机构的安全。
- **根据需要提供给我们的业务合作伙伴，以便为您提供服务。**我们的业务合作伙伴同意保护您的 HI。除非我们与他们签署的合同允许，否则他们不得使用 HI。

- **其他限制。**联邦和州法律可能会进一步限制我们对下列 HI 的使用。我们将遵守更严格的适用法律。
 1. 酗酒和药物滥用
 2. 生物信息
 3. 儿童或成人虐待或忽视, 包括性侵犯
 4. 传染病
 5. 遗传信息
 6. 艾滋病病毒/艾滋病
 7. 心理健康
 8. 未成年人信息
 9. 处方
 10. 生殖健康
 11. 性传播疾病

我们只会按照此处所述或在您书面同意的情况下使用您的 HI。我们将获得您的书面同意, 以分享有关您的心理治疗笔记。我们将获得您的书面同意, 以将您的 HI 出售给其他人。我们将获得您的书面同意, 以在某些促销邮件中使用您的 HI。如果您让我们分享您的 HI, 收件人可能会进一步分享。您可以收回您的同意。如要了解如何收回, 请拨打您 ID 卡上的电话号码。

您的权利

您拥有以下权利。

- **要求我们限制**在治疗、付款或医疗保健业务中的使用或分享。您可以要求限制与家人或其他人的分享。我们可能允许您的被扶养人请求限制。**我们将尽力满足您的要求, 但这并不属于我们的义务。**
- **要求以不同方式或在不同地点获得机密通信。**例如, 使用邮政信箱, 而不是您家地址。我们将在州和联邦法律允许的范围内同意您的请求。我们接受口头请求。您可以更改您的请求。必须采用书面形式。将其邮寄到以下地址。
- **查看或获取某些 HI 的副本。**您必须以书面形式提出请求。将其邮寄到以下地址。如果我们以电子形式保存这些记录, 您可以要求提供电子副本。您可以将您的记录发送给第三方。我们可能会向您发送小结。我们可能会收取复印费。我们可能会拒绝您的请求。如果我们拒绝您的请求, 您可要求审查拒绝。
- **请求修改。**如果您认为您的 HI 有误或不完整, 您可以请求修改。您必须以书面形式提出请求。您必须说明变更的原因。将此邮寄到以下地址。如果我们拒绝您的请求, 您可以将您的异议添加到您的 HI 中。

第二部分 — 您的福利和计划程序

- **获取在您提出请求前六年内分享的 HI 的详细信息。** 这不包括出于以下原因分享的任何 HI：
(i) 用于治疗、付款和医疗保健操作；(ii) 与您分享或经您同意后分享；(iii) 与惩教机构或执法部门分享。这不会列出联邦法律不要求我们跟踪的披露。
- **获取本声明的纸质副本。** 您可以随时请求提供纸质副本。您也可以在我们的网站 (www.uhccommunityplan.com) 上获取副本。
- **要求我们更正或修改您的 HI。** 您也可以要求我们删除您的 HI (取决于您当地的具体规定)。如果我们无法删除, 会告诉您。如果我们无法删除, 您可以写信给我们, 说明您不同意的原因, 并向我们发送正确的信息。

行使您的权利

- **联系您的健康计划。拨打您 ID 卡上的电话号码。** 或者, 您可以拨打 **1-866-633-2446** (听障专线: **711**), 联系 UnitedHealth Group 呼叫中心。
- **提交书面请求。** 邮寄至:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300, P.O. Box 1459, Minneapolis MN 55440
- **回复期限。** 我们将在 30 天内回复您的电话或书面请求。
- **提出投诉。** 如果您认为您的隐私权受到侵犯, 您可以通过上述地址发送投诉。

您也可以通知美国卫生与公众服务部部长。 我们不会因您提出投诉而对您采取任何措施。

¹ 本医疗信息隐私实践声明适用于隶属于 UnitedHealth Group 的以下健康计划: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance; Health Plan of Nevada, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Physicians Health Choice of Texas, LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Incorporated; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of America; UnitedHealthcare Insurance Company of River Valley; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. 截至本声明生效日, 该健康计划列表完整。有关受本声明约束的当前健康计划列表, 请访问 <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>。

78 **有疑问?** 拨打 **1-866-433-3413** (听障专线: **711**), 致电会员服务部 (如遇心理健康或药物滥用危机, 请按 8)

财务信息隐私声明

本声明说明了将如何使用和分享您的财务信息。请仔细阅读。

于 2023 年 1 月 1 日生效

我们会保护您的“个人财务信息”（“FI”）。FI 是非健康信息。FI 可识别您的身份，通常不公开。

我们收集的信息

- 我们从您的申请或表格中获得 FI。这可能包括姓名、地址、年龄和社会保障号码。
- 我们从您与我们或其他人的交易中获得 FI。这可能是保费支付数据。

FI 的分享

我们只会在法律允许的情况下分享 FI。

我们可能会分享您的 FI 来开展我们的业务。我们可能会与我们的关联公司分享您的 FI。我们这样做不需要征得您的同意。

- 我们可能会为了处理交易分享您的 FI。
- 我们可能会为了维护您的帐户分享您的 FI。
- 我们可能会为了回应法院命令和法律调查分享您的 FI。
- 我们可能会与为我们编制营销材料的公司分享您的 FI。

保密和安全

我们限制高级领导和提供服务方查看您的 FI。我们有适当的保障措施来保护您的 FI。

第二部分 — 您的福利和计划程序

关于本声明的问题

请拨打您的健康计划 ID 卡上的免费会员电话号码，或拨打 **1-866-633-2446** (听障专线: 711)，联系 UnitedHealth Group 客户呼叫中心。

²就本财务信息隐私声明而言，“我们”或“我方”是指脚注 1 中列出的实体（从健康计划隐私实践声明的最后一页开始），以及以下 UnitedHealthcare 关联公司：ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation.; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of ME, Inc.; Healthplex of NC, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Management, LLC; Life Print Health, Inc.; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Global Solutions (India) Private Limited; Optum Health Care Solutions, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Arizona, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators of Texas, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; U.S. Behavioral Health Plan, California; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; USHEALTH Group, Inc.; Vivify Health, Inc. 本财务信息隐私声明仅在法律要求的情况下适用。具体而言，不适用于 (1) Health Plan of Nevada, Inc. 和 Sierra Health and Life Insurance Company, Inc. 在内华达州提供的医疗保健保险产品; (2) 规定例外情况的州的其他 UnitedHealth Group 健康计划。截至本声明生效日，该健康计划列表完整。有关受本声明约束的当前健康计划列表，请访问 <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>。

