



New York

歡迎成為 社區的一份子

Child Health Plus

- 歡迎
- 會員手冊
- 其他資訊

歡迎

歡迎加入 UnitedHealthcare Community Plan

請花一些時間閱覽這本會員手冊。我們已準備好回答您可能提出的任何問題。您僅需致電會員服務部，電話 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**，服務時間週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。您也可以瀏覽我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan。



開始著手

我們希望您能立即充分利用您孩子的健保計劃。
從以下三個簡單步驟開始：

1. 致電您孩子的主治醫師 (Primary Care Provider, PCP) 並安排體檢。

定期檢查對身體健康很重要。您孩子的 PCP 姓名和電話號碼列在已另外郵寄給您的會員 ID 卡上。如果您安排檢查時需要協助，請致電會員服務部，電話 1-800-493-4647，聽障專線 (TTY) 711。我們很樂意為您提供協助。若您的孩子需要醫療上必需的護理，請您在接收會員 ID 卡之前先攜帶本手冊出席醫生約診，以證明您的孩子有 UnitedHealthcare Community Plan 的承保。

2. 進行您孩子的健康評估

此方法簡潔而容易，可讓您大致了解孩子目前的生活方式和健康狀況。此健康評估可以協助我們為您的孩子介紹許多可用的福利和服務。

您很快就會接到我們的歡迎電話。我們將致電給您，為您解釋孩子所有的健康計劃福利。我們也會協助您就孩子的健康狀況完成問卷調查。這項簡短的問卷調查將可協助我們了解您孩子的需要，以便我們可以為您提供更妥善的服務。您也可以前往我們的網站，並在線上為孩子填寫問卷調查。請參閱第 9 頁。

3. 了解您孩子的健康計劃。

從第 7 頁的健康計劃重點部分開始，快速概覽您孩子的新計劃。請務必將本手冊收納於方便取得之處，以供未來參考。

感謝您選擇 UnitedHealthcare Community Plan 作為您的健康計劃。

我們很高興您的孩子成為會員。UnitedHealthcare 致力於幫助我們的會員維持更快樂、更健康的生活。

UnitedHealthcare Community Plan 讓您可以獲得許多健康照護提供者的服務（醫生、護士、醫院和藥局），使您能夠取得所需的所有健康服務。我們承保預防護理、體檢與治療服務。我們致力於改善您子女的健康與幸福。

請記住，您遇到的所有問題，都可以在 myuhc.com/CommunityPlan 得到解答。或者，您可致電會員服務部，電話 1-800-493-4647，聽障專線 (TTY) 711，服務時間週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。



- 4 有疑問嗎？請造訪 myuhc.com/CommunityPlan；
或致電 1-800-493-4647（聽力語言殘障專線 711）與會員服務部聯絡。

目錄

健康計劃要點	7
會員 ID 卡	7
福利一覽	8
孩子的健康評估	9
會員支援	10
您可以立即開始使用您的藥房福利	15
前往醫生處就診	17
您孩子的主治醫師 (Primary Care Provider, PCP)	17
年度體檢	19
與孩子的 PCP 約診	20
讓您的孩子準備好出席主治醫師預約	21
如果您需要醫療護理，但提供者的診所已休息	21
轉介至專科醫生處	22
獲得第二意見	23
孩子的主治醫師退出本計劃網絡時的持續照護	23
如果您的孩子外出時需要護理	23
醫院與急診室	24
急診照護	24
緊急護理	25
醫院服務	25
緊急救護車	26
在美國境外沒有醫療承保	26

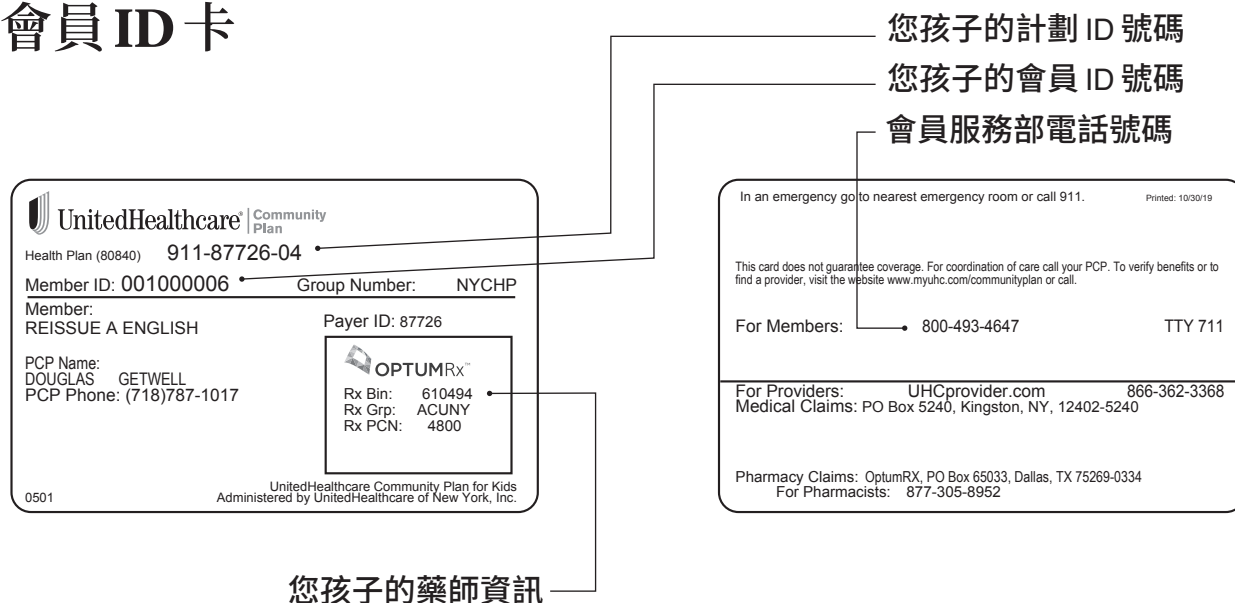
藥房	27
醫師處方用藥	27
非處方藥 (OTC)	28
注射型藥物	28
指定藥房	28
福利	29
承保與非承保服務	29
服務授權與授權以前的行動	35
效用評估	38
疾病與護理管理	39
保健方案	39
其他計劃詳情	40
尋找網內服務提供者	40
提供者名錄	40
會員問卷調查	40
欺詐和濫用	41
您的意見很重要	41
反歧視政策	42
會員的權利與責任	42
預立指示	44
申訴與上訴	45
投訴流程	50
口譯服務和語言協助	52
健康計劃隱私政策聲明	53

UnitedHealthcare Community Plan 的 Child Health Plus 計劃適用於居住在下列地區的會員：
 Albany、Bronx、Broome、Cayuga、Chautauqua、Chemung、Chenango、Clinton、Columbia、
 Dutchess、Erie、Essex、Franklin、Fulton、Genesee、Greene、Herkimer、Jefferson、Kings、
 Lewis、Livingston、Madison、Monroe、Nassau、New York、Niagara、Oneida、Onondaga、
 Ontario、Orange、Orleans、Oswego、Queens、Rensselaer、Richmond、Rockland、Saratoga、
 Schenectady、Seneca、St. Lawrence、Suffolk、Tioga、Ulster、Warren、Wayne、Westchester、
 Wyoming 與 Yates 郡。

6 有疑問嗎？請造訪 myuhc.com/CommunityPlan；
 或致電 1-800-493-4647（聽力語言殘障專線 711）與會員服務部聯絡。

健康計劃要點

會員 ID 卡



您孩子的會員 ID 卡載有許多重要資訊。它可讓您獲得孩子的承保福利。加入 UnitedHealthcare Community Plan 的 10 天內，您就應該會收到郵寄給您子女的會員 ID 卡。每位家庭成員都會有自己的卡片。請確認所有資訊皆為正確。如有任何資訊錯誤，請致電會員服務部，電話 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**。

- 約診時請攜帶孩子的會員 ID 卡
- 領取處方時，請出示卡片
- 致電會員服務部時，請準備好卡片；這樣有助於我們為您提供更優質的服務
- 請勿讓他人使用您孩子的卡片。這是違法的。

出示您的卡片。接受護理時，請務必出示您子女的 UnitedHealthcare ID 卡。這有助於確保您的孩子獲得所有可用的福利。並防止計費錯誤。

孩子的會員 ID 卡遺失了嗎？

如果您或家人遺失卡片，請立即聯絡會員服務部，我們會寄新的卡片給您。
在 myuhc.com/CommunityPlan 登記列印臨時會員卡。

有疑問嗎？請造訪 myuhc.com/CommunityPlan；
或致電 1-800-493-4647（聽力語言殘障專線 711）與會員服務部聯絡。

福利一覽

身為 UnitedHealthcare Community Plan 的會員，您的孩子可以享有各種健康護理福利與服務。本文件提供簡短的概述。您可以在「福利」章節找到完整清單。

主要醫師服務

您的孩子在主治醫師 (PCP) 處的所有門診均獲承保。您子女的 PCP 是他們最常前往就診，藉以獲得健康護理的主要醫生。健康護理包含：體檢、感冒與流感治療、健康疑慮，以及其他健康檢查。

大型醫療服務提供者網絡

您可以從我們的大型醫療服務提供者網絡中選擇任何 PCP。我們的網絡還包括專科醫生、醫院及藥房，有許多健康護理項目可供您的孩子選擇。請於 myuhc.com/CommunityPlan 尋找網絡提供者的完整名單或致電 1-800-493-4647，聽障專線 (TTY) 711。

專科醫生服務

孩子的承保包括專科醫生服務。專科醫生是指受過高度訓練，能夠治療特定病症的醫生或護理師。您可無需經由 PCP 轉介。請參閱第 22 頁。

藥物

孩子的計劃為所有年齡的會員承保醫師處方用藥。同時也承保：胰島素、針具與注射器、治療關節炎的阿斯匹靈溶膜衣錠、鐵藥片，以及咀嚼維生素。

醫院服務

您的孩子住院可獲承保。您的孩子也獲承保門診服務。您可以在醫院獲得這些服務而無須過夜。

實驗室服務

承保服務包括協助找出病因的血液檢測和 X 光。

健康兒童就診

所有健康兒童就診和免疫接種均由您的計劃承保。

產前及產後照護

您享有產前及產後醫師就診的承保福利，其中也包括住院。若有需要，我們承保嬰兒出生後的居家訪視。

家庭計劃

您享有可協助您管理懷孕時機的承保服務。這些服務包括生育控制產品與程序。

孩子的健康評估

健康評估是一份簡短易懂的問卷調查，旨在詢問與您生活型態和健康有關的簡單問題。如果您填妥表格並將之郵寄給我們，我們便可以進一步了解您。此健康評估也可以協助我們為您介紹許多可用的福利和服務。

請花幾分鐘時間填寫健康評估表格。

請前往 myuhc.com/CommunityPlan 填表。或致電 1-800-493-4647，聽障專線 (TTY) 711。

會員支援

我們希望讓您盡可能輕鬆地利用孩子的健康計劃。身為我們的會員，您可以獲得許多服務，包括交通和口譯（如有需要）。如果您有問題，也有許多地方可以得到解答。

網站全年無休提供計劃詳細資料

請到 myuhc.com/CommunityPlan 了解您的眾多會員服務需求。除了計劃細節外，試驗單位還包括實用工具，可協助您：

- 進行您孩子的健康評估
- 尋找服務提供者或藥房
- 在首選藥物清單上搜尋藥物
- 取得福利詳情
- 下載新會員手冊
- 以孩子的個人健康紀錄記下您子女的病史
- 您可以透過我們的網站向我們發送電子郵件。點選「聯絡我們」連結

會員服務部服務時間為週一至週五，上午 8:00 至下午 6:00。

會員服務部可協助您解決疑問或顧慮。這包括：

- 了解您孩子的福利
- 協助取得補發的會員 ID 卡
- 尋找醫生或緊急照護診所

請致電 1-800-493-4647，聽障專線 (TTY) 711，全年無休。

照護管理方案

如果您的孩子患有慢性健康問題，如哮喘或糖尿病，您將從我們的照護管理方案受益。我們可以幫助您完成許多事情，例如安排醫生約診，並讓您所有提供者了解您所接受照護的資訊。欲了解更多資訊，請致電 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**。

如果您想要親自與 UnitedHealthcare 代表會面，以深入了解您的健康計畫承保範圍或提出申訴，請聯絡我們其中一間當地社區辦公室，以安排與代表會面的預約。我們有8個相當便利的社區地點：

請事先來電確認辦公室下班時間。

Kings County

6402 8th Avenue, Suite 107
Brooklyn, NY 11220
電話：**1-800-632-6311**，
星期一至星期五上午 9:00 至下午 5:30

2343 86th Street
Brooklyn, NY 11220
電話：**1-800-632-6311**
星期一至星期五上午 9:00 至下午 5:30

Nassau County

250 Fulton Avenue, Suite 121
Hempstead, NY 11570
電話：**1-516-247-6352**
星期一至星期五，上午 9:00 至下午 4:00

New York County

161 Canal Street
New York, NY 10013
電話：**1-800-632-6311**
星期一至星期五上午 9:00 至下午 5:30

New York County (續)

27 East Broadway, 2nd Floor
New York, NY 10002
電話：**1-800-632-6311**
星期一至星期五上午 9:00 至下午 5:30

558 W 181 Street
New York, NY 10033
電話：**1-212-781-3960**
星期一至星期五上午 10:00 至下午 5:00

Queens County

136-02 Roosevelt Avenue
Flushing, NY 11354
電話：**1-800-632-6311**
星期一至星期五上午 9:00 至下午 5:30

Suffolk County

46 Suffolk Avenue
Brentwood, NY 11717
電話：**1-631-231-0180** or **1-631-231-0181**
星期一至星期五上午 9:00 至下午 4:00

健康計劃要點

我們精通您的語言

如果您說英語以外的語言，我們可以提供翻譯好的書面資料。或者我們也可以提供口譯人員，其可協助您了解這些資料。有關口譯服務和語言協助的其他資訊，請參閱「其他計劃詳情」章節。或撥打 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711** 聯絡會員服務部。

Si usted habla un idioma que no sea inglés, podemos proporcionar materiales impresos traducidos. O podemos proporcionar un intérprete que puede ayudar a entender estos materiales. Encontrará más información acerca de servicios de interpretación y asistencia lingüística en la sección Otros detalles del plan. O llame a Servicios para Miembros al **1-800-493-4647**, TTY **711**.

急症

如果發生緊急情況，請撥打 **911**

重要電話號碼

UnitedHealthcare Community Plan CHP 帳務專線 **1-877-229-3439**

您的主治醫師 請查看您的 UnitedHealthcare Community Plan ID 卡

離您最近的急診室

紐約州衛生署 (投訴) **1-800-206-8125**

紐約州 Child Health Plus 熱線 **1-800-698-4543**

州北部各郡社會服務部：

Albany County 社會服務部 **1-518-447-7300**

Broome County 社會服務部 **1-607-778-2669**

Cayuga County 社會服務部 **1-315-253-1011**

Chautaugua 郡社會服務部 **1-716-661-8200**

Chemung County 社會服務部 **1-607-737-5309**

Chenango County 社會服務部 **1-607-337-1500**

Clinton County 社會服務部 **1-518-565-3222**

Columbia County 社會服務部 **1-518-828-9411**

Essex County 社會服務部 **1-518-873-3450**

Fulton County 社會服務部 **1-518-736-5640**

Genesee County 社會服務部 **1-585-344-2580**

12 有疑問嗎？請造訪 myuhc.com/CommunityPlan ；
或致電 **1-800-493-4647** (聽力語言殘障專線 711) 與會員服務部聯絡。

州北部各郡社會服務部（續）：

Herkimer 郡社會服務部	1-315-867-1291
Jefferson County 社會服務部	1-315-782-9030
Lewis County 社會服務部	1-315-376-5105
Madison County 社會服務部	1-315-366-2211
Monroe County 社會服務部	1-585-753-2740
Niagra 郡社會服務部	1-716-439-7600
Oneida County 社會服務部	1-315-798-5632
Onondaga County 社會服務部	1-315-435-2928
Ontario County 社會服務部	1-585-396-4060
Orange County 社會服務部	1-845-291-4000
Oswego County 社會服務部	1-315-963-5000
Rensselaer County 社會服務部	1-518-270-3928
Rockland County 社會服務部	1-845-364-2000
Seneca County 社會服務部	1-315-539-1865
St. Lawrence County 社會服務部	1-315-379-2276
Tioga County 社會服務部	1-877-882-8313
Ulster County 社會服務部	1-845-334-5000
Warren County 社會服務部	1-518-761-6300
Wayne County 社會服務部	1-315-946-4881
Westchester County 社會服務部	1-800-549-7650

紐約市和長島：

Nassau County 社會服務部	1-516-227-8000
紐約市人力資源管理部	1-718-557-1399
紐約市人力資源管理部（5 個鎮區內）	1-877-472-8411
New York Medicaid CHOICE	1-800-505-5678
Suffolk 郡社會服務部 (Hauppauge)	1-631-853-8730
Suffolk County 社會服務部 (Riverhead)	1-631-852-3710
Suffolk County 社會服務部 (Ronkonkoma)	1-631-854-9700

有疑問嗎？請造訪 myuhc.com/CommunityPlan；
或致電 1-800-493-4647（聽力語言殘障專線 711）與會員服務部聯絡。

健康計劃要點

其他實用資源

(DOH) 紐約州衛生署網站：

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

(OMH) 紐約州精神健康服務司：

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

(OASAS) 紐約州酒癮毒癮戒治服務司：

<https://www.ny.gov/agencies/office-alcoholism-and-substance-abuse-services>

(OCFS) 紐約州兒童與家庭服務司：

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

(OPWDD) 紐約州身心發展障礙者服務司：

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

刑事司法服務科 (DCJS)：

<https://www.criminaljustice.ny.gov/ofpa/jj/jj-index.htm>

兒童心理研究所：

<https://childmind.org/report/2016-childrens-mental-health-report/mental-health-disorders-common>

First Episode Psychosis (FEP) - On Track NY 紐約州資助計劃，對象是經歷首次發作精神病的人，網站：

<https://ontrackny.org/>

First Episode Psychosis (FEP) On Track NY - Young Adults 紐約州資助計畫，對象是經歷首次發作精神病的青少年，網站：

<https://ontrackny.org/Young-Adults>

您可以立即開始使用您的藥房福利

您孩子的計劃承保眾多藥物或處方藥物。承保藥物列於本計劃的首選藥物清單。您的醫生使用此清單，確保您子女的所需藥物得到您計劃的承保。您可以到 myuhc.com/CommunityPlan，在線上找到首選藥物清單。您也可以從網站上按藥品名稱搜尋。開始配取處方藥很容易。方法如下：

1. 您孩子的藥物是否包括在首選藥物清單上？

是

如果您孩子的藥物有列入首選藥物清單，您就一切就緒。每次配取處方藥時，請務必向藥劑師出示您孩子的新會員 ID 卡。

無

如果您孩子的處方不在首選藥物清單上，請在接下來 30 天內與醫生安排約診。他們可能可以協助您改用首選藥物清單中的藥物。如果您的醫生認為您的孩子需要未列於清單中的藥物，也可協助您要求例外處理。

不確定

您可以到 myuhc.com/CommunityPlan，在線上找到首選藥物清單。您也可以致電會員服務部。我們很樂意為您提供協助。

2. 您的孩子是否有處方藥？

當您有醫生開立的處方，或需要重新領取處方藥時，請前往網內藥房。向藥劑師出示您孩子的會員 ID 卡。您可在 myuhc.com/CommunityPlan 的服務提供者名單找到一份網內藥房名單，也可以致電會員服務部。

3. 您的孩子是否需要續配不在首選藥物清單上的藥物？

如果您的孩子需要續配不在首選藥物清單上的藥物，您將可以獲得臨時的 3 日藥量。若要這樣做，請前往網絡內藥房，並出示孩子的會員 ID 卡。如果您沒有孩子的會員 ID 卡，可向藥劑師出示以下資訊。請諮詢醫生您的篩檢選項。

藥師注意事項

請使用此方式處理此 UnitedHealthcare Community Plan 會員的索賠：

BIN：610494
處理者管制編號：4800
群組：ACUNY

如果您收到訊息指出會員的藥物需要事先授權，或不在我們的藥物名冊上，請致電 OptumRx[®]，電話 1-877-305-8952 要求更新過渡藥量。

前往醫生處就診

您孩子的主治醫師 (PCP)

我們將您孩子的主要醫生稱為主治醫師，或簡稱為 PCP。若您的子女長期請同一位 PCP 看診，您較容易與醫生培養良好關係。每位家庭成員皆可以有自己的 PCP，或者您可以選擇請同一位 PCP 為所有家庭成員看診。您的孩子將因以下原因前往您的 PCP 處就診：

- 例行照護，包括年度檢查。
- 與專家協調子女的照護
- 感冒和流感的治療。
- 其他健康疑慮。

您有選擇

您可以選擇許多類型的網內醫療服務提供者擔任孩子的 PCP。PCP 的部份類型包括：

- 家庭醫生（也稱為全科醫生）— 兒童和成人護理
- 婦科醫生 (GYN) — 女性照護
- 內科醫學醫生（也稱為內科醫生）— 成人照護
- 執業護士 (NP)— 兒童和成人照護
- 肥胖症患者 (OB) — 孕婦照護
- 兒科醫生— 兒童照護
- 醫生助理 (PA) — 兒童與成人照護

何謂網絡內醫療服務提供者？

網內服務提供者已與 UnitedHealthcare Community Plan 簽約，為我們的會員提供照護。您無需先致電我們，即可去看這些提供者。您的孩子有時可能需要接受網絡外的服務。請致電會員服務部了解這些服務是否受到全額承保。您可能必須自己負擔這些服務費用。

前往醫生處就診

選擇孩子的 PCP

如果您的孩子在成為 UnitedHealthcare 會員之前就持續有就醫，請查看一下您孩子的醫生是否屬於我們的網絡。如果您正在尋找新的 PCP，請考慮選擇離自家或工作地點最近的 PCP。這將讓您更容易前往約診。

有三種方式可以為您的孩子找到適合的 PCP。

1. 查看我們列印的醫療服務提供者名錄。
2. 使用 myuhc.com/CommunityPlan 的「Doctor Lookup」（醫生搜尋）工具。
3. 請致電 1-800-493-4647（聽障專線 (TTY) 711）與會員服務部聯絡。我們可以回答您的問題，並協助找到您附近的 PCP。

您選好 PCP 後，請致電會員服務部通知我們。我們將確保您孩子的資料獲得更新。如果您不想選擇 PCP，則 UnitedHealthcare 可根據您的地點和語言為您選擇一位。

進一步了解網內醫生

您也可以了解關於網絡內醫生的資訊，例如委員會認證和他們所使用的語言，網址：myuhc.com/communityplan，或致電會員服務部。我們可以告知您下列資訊：姓名、地址和電話以及專業資格、專精領域、就讀的醫學院、住院醫生經驗，以及醫學會認證狀態。

更換您孩子的 PCP

重要的是，您要喜歡並信任您孩子的 PCP。您可以隨時變更 PCP。請致電會員服務部，我們可以協助您進行變更。

聯邦政府認證健康中心 (FQHC)

此外，我們也與聯邦政府認證健康中心 (Federally Qualified Health Center, FQHC) 訂立合約。所有 FQHC 均提供主要護理與專科護理。部分消費者希望透過 FQHC 獲得護理，原因是該中心在此地區有久遠的歷史。您可能希望嘗試 FQHC，因為您可以很輕鬆地接觸到他們。您應該知道您可以選擇。您可以選擇我們的一位提供者。或者，您可以和我們與之合作的一個 FQHC 中的主治醫師簽約；名單請見提供者名錄。如需幫助，請撥打 1-800-493-4647，聽障專線 (TTY) 711 聯絡會員服務部。

- 18 有疑問嗎？請造訪 myuhc.com/CommunityPlan；
或致電 1-800-493-4647（聽力語言殘障專線 711）與會員服務部聯絡。

年度體檢

子女年度體檢的重要性

您的孩子不一定要生病才能去看醫生。事實上，與您的 PCP 進行年度檢查可以幫助您的孩子保持健康。除了檢查您孩子的整體健康之外，您的 PCP 還會確保您的孩子獲得所需要的篩檢、測試和疫苗注射。如果有健康問題，如能及早發現，通常會更容易治療。

以下是一些重要的篩檢。您子女接受篩檢的頻率是根據孩子的年齡和風險因素而定。請與您的醫生討論適合您的事項。

如果您收到帳單

如果您被要求為某項服務付款，但您不確定該服務是否屬於承保範圍，請在為服務付款前致電 UnitedHealthcare Community Plan 會員服務部，電話 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**。

健康兒童就診

健康兒童門診是您的 PCP 了解您孩子如何成長和發展的時候。他們也會在這些就診期間提供所需的篩檢，例如語言和聽力檢測，以及免疫接種。這些例行就診也是很好的時機，您可以關於孩子的行為和整體健康提出任何問題，包括：

- 進食
- 睡眠
- 行為表現
- 社會互動
- 體能活動

體檢時間表

為以下年齡段安排健康兒童門診相當重要：

3 至 5 天	15 個月
1 個月	18 個月
2 個月	24 個月
4 個月	30 個月
6 個月	3 歲
9 個月	4 歲
12 個月	5 歲後一年一次

前往醫生處就診

以下是醫生可能給予的疫苗，以及它們如何保護您的孩子：

A 型肝炎和 B 型肝炎：預防兩種常見的肝臟感染

輪狀病毒：預防導致嚴重腹瀉的病毒

白喉：預防危險的咽喉感染

破傷風：預防危險的神經疾病

百日咳：預防百日咳

HiB：預防兒童腦膜炎

流行性腦脊髓膜炎：預防細菌性腦膜炎

小兒麻痺症：預防引起癱瘓的病毒

MMR：預防麻疹、腮腺炎和德國麻疹

水痘：預防水痘

流感：預防流感病毒

肺炎球菌：預防耳朵感染、血液感染、肺炎和細菌性腦膜炎

HPV：保護免受性傳播病毒的影響，這種病毒會導致女性罹患子宮頸癌，並生殖器疣

與孩子的 PCP 約診

直接致電您的醫生診所。該號碼應該在您的會員 ID 卡上。致電預約時，請務必告知診所您的孩子前往就診的時間。這有助於確保您的孩子能獲得所需要的護理。這是您的孩子預計能約診的速度：

看您孩子的 PCP 需要多長時間：

急診	立刻或轉到急診
緊急（但不是急診）	48 小時內
例行	14 天內
預防性、健康兒童和常規	4 週內

- 首次產前就診為懷孕初期 3 週內（懷孕中期 2 週內，懷孕後期 1 週內）
- 首次新生兒就診為出院後 2 週內
- 首次家庭生育規劃就診為 2 週內
- 精神健康／物質濫用急診或住院就診後的跟進就診為 5 天
- 非緊急精神健康或物質濫用就診為 2 週

20 有疑問嗎？請造訪 myuhc.com/CommunityPlan；
或致電 1-800-493-4647（聽力語言殘障專線 711）與會員服務部聯絡。

讓您的孩子準備好出席主治醫師預約

就診前

1. 深入了解您希望從就診中得到哪些結果（從症狀、轉診至專科醫生、特定資訊等中緩解）。
2. 記下任何新症狀以及何時開始出現。
3. 為孩子定期服用的任何藥物或維他命製作一份清單。

就診期間

當您與孩子的醫生在一起時，請盡量：

- 詢問問題
- 如果有助於您記憶，則請做筆記
- 要求醫生放慢語速，或解釋任何您不了解的事情
- 進一步詢問關於任何藥物、治療或病症的資訊

如果您需要醫療護理，但提供者的診所已休息

如果您需要接受照護但非急症情況，請致電與您的 PCP 聯絡。提供者的電話每週 7 天，每天 24 小時都有人接聽，您的提供者或診所人員將會協助您對您的照護做出正確選擇。

您可能會被告知：

- 前往夜間門診診所或緊急護理中心
- 在早上前往診所
- 前往急診室 (ER) 就診
- 至藥房領藥

轉介至專科醫生處

轉診是指您的 PCP 表示您的孩子需要向其他醫生就診，以專注於照護特定身體部位或治療特定病症。該其他醫生稱為專科醫生。您必須先看過 PCP，然後方能去看專科醫生。如果您的醫生希望您的孩子去看您不想看的專科醫生，您可以要求您的 PCP 給您另外的姓名。專科醫生的例子包括：

- 心臟科醫生 — 治療心臟問題
- 胸腔科醫生 — 肺部和呼吸問題

您無需經由 PCP 轉介。

- 婦產科醫生。
- 視力測定
- 足科服務
- 皮膚科醫生
- 行為健康／藥物濫用專業人員
- 人工整脊治療師

如果您需要看專科醫師以進行持續護理，您的 PCP 可能建議您進行指定數量或時間長度的就診（常設轉診）。如果您有長期轉診，您每次需要護理時將無需新轉診。

如果您患有長期疾病或會隨時間惡化的傷殘疾病，您的 PCP 可以為您安排：

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

您也可以致電會員服務部，獲得進入專科護理中心的幫助。

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

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

我們將審查您的要求並告知您我們何時實施變更。

如果 UnitedHealthcare Community Plan 內沒有可以提供您所需護理的專科醫生，我們將為您找一位 UnitedHealthcare 網絡外的專科醫生，由其提供所需護理。這稱為網絡外轉診。您的 PCP 必須致電 1-866-604-3267 聯絡 UnitedHealthcare 的預先授權部以取得授權，以便您以前往不屬於 UnitedHealthcare 網絡的專科醫生處看診。該專科醫生必須同意與 UnitedHealthcare 合作，並接受我們全額付款的支付方式。此許可稱為「預先授權」。您的 PCP 將您轉給不屬於 UnitedHealthcare 網絡的專科醫生時，會向您說明所有相關事項。請參閱「服務授權與行動」一節以深入了解您請求前往不屬於 UnitedHealthcare 網絡之提供者看診，應需要什麼文件。如果 UnitedHealthcare Community Plan 批准使用不屬於 UnitedHealthcare 網絡的某位提供者，則您不承擔任何費用，本手冊中所述的共付額除外。

獲得第二意見

第二意見是當您想要為相同的健康問題看第二位醫生時。您有權就您的任何承保福利獲得網內提供者的第二意見。

孩子的主治醫師退出本計劃網絡時的持續照護

有時 PCP 會退出網絡。如果您孩子的 PCP 發生此事，您將收到我們寄給您的通知信函。有時 UnitedHealthcare Community Plan 會支付您費用，以便在醫生離開網絡後短時間取得承保服務。如果您的孩子因嚴重的醫療問題正在接受積極治療，即便孩子的醫生退出網絡，您的孩子仍可獲得持續的照護和治療。例如，當您的醫生退出網路時，如果您的孩子正在接受癌症化療，則他/她可能符合資格。若要提出這項要求，請致電您的醫生。要求他們向 UnitedHealthcare 請求持續護理和治療授權。

如果您的孩子外出時需要護理

UnitedHealthcare Community Plan 將支付區域外的例行照護，前提是：

- 您事先致電聯絡 PCP，而其表示您應在返家之前先接受照護。

若您在美國境外需要醫療護理，則您的孩子所獲得的任何醫療護理服務將不受 UnitedHealthcare Community Plan 承保。對於您的子女在美國境外接受的任何醫療服務，Child Health Plus 均不能支付。

醫院與急診室

急診照護

醫院急診室可提供創傷、嚴重傷害和危及生命症狀的緊急治療。前往急診室的理由包括：

- 嚴重疾病
- 骨折
- 心臟病發作
- 中毒
- 嚴重割傷或燒傷

UnitedHealthcare Community Plan 承保您的孩子在美國及其領土的任何急診護理。請在您子女就診的 24 小時內致電會員服務部，電話 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**。您也應該致電您孩子的 PCP，讓他們知道您孩子的門診，以便在需要時提供跟進護理。

請立刻行動

如果需要緊急護理，請撥打 911 或前往最近的醫院。

緊急護理

當您的孩子因不危及生命的疾病而需要看醫生，但孩子的 PCP 不在或者看診時間已經結束後，則可由緊急照護診所為您看診。適合使用緊急照護的常見健康問題包括：

- 喉嚨痛
- 耳朵感染
- 輕度燒傷或割傷
- 流感
- 輕微發燒
- 扭傷

如果您的子女有緊急問題，請先致電孩子的 PCP。您的醫生可以幫助您獲得正確的護理。您的醫生可能會請您前往緊急照護或急診室。

提前規劃

很高興得知離您最近的緊急照護診所。您可以在您的醫療服務提供者名錄中找到緊急照護診所名單。或您可撥打 1-800-493-4647，聽障專線 (TTY) 711 聯絡會員服務部。

醫院服務

有時，您的孩子的健康狀況可能使其需要前往醫院。醫院有住院及門診服務。

門診服務包括 X 光、化驗和小手術。您孩子的 PCP 會告訴您孩子是否需要門診服務。您醫生的診所可以幫助您安排。

住院服務需要您的孩子在醫院過夜。這些可能包括嚴重疾病、手術或生產。

住院服務需要您的孩子住在醫院（稱為住院）。醫院將聯絡 UnitedHealthcare Community Plan，為您孩子的照護請求授權。若入院的醫生並非您孩子的 PCP，您應致電孩子的 PCP，並告知其您的孩子正在住院中。

醫院與急診室

前往醫院

只有在您需要急診照護或您的醫生指示您前往時，您才應前往醫院。

緊急救護車

您的孩子可以接受緊急醫療運輸服務。非急診（例行）運輸不屬於承保範圍。

當您符合下列條件時，UnitedHealthcare 承保醫療上必要的救護車服務：

- 您孩子的疾病或損傷嚴重到只能用救護車前往醫院
- 如果您的孩子搭乘救護車，則他／她必須在正確的設備協助下前往最近的醫院，
- 若您的孩子從一家醫院前往另一間醫院、專業護理設施，或持有執照的護理之家

UnitedHealthcare 不會支付以下非緊急（例行）運輸服務的費用：

- 從您家中前往孩子的醫生診所之間的交通
- 前往醫院門診區的交通運輸服務，除非由網內提供者或 UnitedHealthcare 判定您孩子的疾病或損傷需要
- 從一個私人住家接送至另一個私人住家

在美國境外沒有醫療承保

若您在美國境外需要醫療護理，則您的孩子所獲得的任何醫療護理服務將不受 UnitedHealthcare Community Plan 承保。對於您的子女在美國境外接受的任何醫療服務，Child Health Plus 均不能支付。

藥房

醫師處方用藥

您的福利包括處方藥

UnitedHealthcare Community Plan 承保數百家藥房的數百種處方藥。承保藥物的完整清單載於首選藥物清單。您可在任何網內藥局配領處方藥。您只要出示會員 ID 卡即可。

何謂首選藥物清單？

您的計劃所承保的藥物清單。您可以在您的處方藥一覽表或 myuhc.com/CommunityPlan 找到完整清單。

學名藥和品牌藥

UnitedHealthcare Community Plan 要求，有通用名藥物可供使用時要先使用通用名藥物。學名藥和品牌藥具有相同的成分；它們通常費用較低，但作用一樣。

在部分案例中，承保的品牌藥品數量有限。這些僅限於特定藥物分類（或類型）。其中有些可能需要 UnitedHealthcare Community Plan 的事先授權。

首選藥物清單的變更

承保藥物清單定期由公眾服務部審查，當有新的學名藥時可能會變更。

非處方藥 (OTC)

UnitedHealthcare Community Plan 也承保許多非處方藥 (OTC)。網內醫療服務提供者必須為您開立您所需的 OTC 藥物處方。藥量限配 30 天。然後，您只需將攜帶您的處方和會員 ID 卡前往網內藥房，即可免費領取處方藥。OTC 包括：

- 止痛藥
- 咳嗽藥
- 急救霜
- 感冒藥
- 避孕用品

如需承保 OTC 的完整清單，請瀏覽 myuhc.com/CommunityPlan。或撥打 1-800-493-4647，聽障專線 (TTY) 711 聯絡會員服務部。

注射型藥物

注射藥物是指透過注射提供的藥物，屬於承保福利。您的 PCP 可以將注射藥物送至醫生診所或到您府上。在某些案例中，您的醫生會開立注射藥物（如胰島素）的處方，讓您在藥房配藥。

指定藥房

某些 UnitedHealthcare Community Plan 會員將獲指派一家指定藥房。在這種狀況下，會員必須在單一藥房地點領取處方藥，最長兩年。這會根據先前的用藥決定，包括藥物福利的過度使用、麻醉藥品、藥房地點和其他資訊。

本計劃的會員將會收到一封信，告知他們需要使用的藥局名稱。如果您收到本信函，從發信日期起您有 30 天的時間要求更換藥房。

在此期間若要更換藥房，請致電會員服務部，電話 1-800-493-4647，聽障專線 (TTY) 711。從發信日期起 30 天後，您需要以書面形式提出要求。請將您的請求寄至：

UnitedHealthcare Community Plan
Pharmacy Department
P.O. Box 41566
Philadelphia, PA 19101

福利

承保與非承保服務

請參考您的 Child Health Plus 投保人合約，了解有關承保福利和非承保服務的資訊。您於投保人合約第三至六節取得承保服務的相關資訊。非承保服務如第八節所述。

參加 Child Health Plus 的資格

參加 Child Health Plus 的資格是根據您的家庭人數和家庭收入而定。有些兒童符合免費 Child Health Plus 承保的資格，而有些孩子則須按月支付保費。我們會告知您是否需要為您的孩子按月支付保費。在某些情形下，如果您的家庭收入超過紐約州規定的收入限制，則您可能要支付全額保費。請參考第二節「本合約承保的對象」。

延續您的 Child Health Plus 承保（重新認證）

您的 Child Health Plus 承保要求您每年續保或重新認證您的承保。每一年，紐約州衛生局都會詢問您有關家庭收入、子女年齡、居住背景及其他保險狀態的資訊。這是續延或重新認證您孩子的承保所必需。紐約州衛生局必須收集這些資訊以確定您的孩子是否仍然符合 Child Health Plus 計劃的資格，並裁定您每月支付必須為承保支付的數額。紐約州衛生局會在您重新認證日之前二 (2) 至三 (3) 個月郵寄一份 Child Health Plus 重新認證申請表給您。其中將包含一份地點清單，您可以這些地方取得填寫重新認證申請表的協助。在您的重新認證日之前將 Child Health Plus 重新認證申請表填妥並寄回十分重要。如果您未按時完成重新認證，您的孩子將失去承保。如需更多資訊，請參閱您的 Child Health Plus 投保人合約。

福利

資格變更

如果年度當中有任何變更影響了您孩子的資格或您的保費支付，請致電紐約州衛生局通報變更：1-855-355-5777。

以下是家庭環境變化的一些例子：

- 您的孩子搬離本計劃的服務地區；或
- 您為孩子取得其他醫療保險承保；以及
- 您搬遷至新的地址或變更電話號碼。

如果發生上述任何變更，請致電 1-855-355-5777 向紐約州衛生署通報這些變更。其他資格變更也可能改變您為承保支付的保費金額。包括：

- 因工作變化、結婚或離婚、子女撫養或其他收入來源而使家庭收入降低
- 孩子家中人數增加或減少

Child Health Plus 的保費支付

當您將您的子女加入 Child Health Plus 時，您可能需要支付保險的保費。Child Health Plus 是一項預付費健康計劃，這意味著您應在承保月份之前支付保費。依據您的家庭收入及人口數量，每個參加 Child Health Plus 家庭之金額可能有所不同。UnitedHealthcare Community Plan 必須在您的寬限期或承保即將終止之最後日期當天或之前收到您支付的保費。

保費收費流程的運作情形

UnitedHealthcare Community Plan 每個月將向您收取您的保費金額。

UnitedHealthcare Community Plan 將在承保月份之前兩個月向您請款，且付款期限為承保月份之前一個月。我們也為您的付款提供寬限期。UnitedHealthcare Community Plan 必須在寬限期或您子女的承保即將終止之最後日期當天或之前收到您的付款。您將必須重新申請才能再次加入 Child Health Plus。

每月保費金額為每位兒童每月 \$9 至 \$60

如果您每位子女的每月保費介於 \$9 到 \$60 之間，則下表會解釋我們寄發帳單的時間以及付款期限。如果您有三個以上的子女由 UnitedHealthcare Community Plan 承保，則您將最多為三個子女支付保費。我們建議您在寬限期到期前，預留充足的時間讓我們收款。

計費月份	帳單開立	付款到期日	寬限期最後一天
一月	11月5日	12月1日	1月31日
二月	12月5日	1月1日	2月28/29日
三月	1月5日	2月1日	3月31日
四月	2月5日	3月1日	4月30日
五月	3月5日	4月1日	5月31日
六月	4月5日	5月1日	6月30日
七月	5月5日	6月1日	7月31日
八月	6月5日	7月1日	8月31日
九月	7月5日	8月1日	9月30日
十月	8月5日	9月1日	10月31日
十一月	9月5日	10月1日	11月30日
十二月	10月5日	11月1日	12月31日

福利

全額每月保費付款人的收費週期

如果您被要求為每位兒童支付全額的每月保費（通常每位兒童每月超過 \$150），則下表會解釋我們寄發帳單的時間以及付款期限。如果您支付全額保費，您必須為您家中的每位受保兒童支付保費。全額保費支付者不適用三名兒童的保費限制。我們建議您在寬限期到期前，預留充足的時間讓我們收款。

計費月份	帳單開立	付款期限	寬限期最後一天
一月	11月5日	12月1日	12月31日
二月	12月5日	1月1日	1月31日
三月	1月5日	2月1日	2月28/29日
四月	2月5日	3月1日	3月31日
五月	3月5日	4月1日	4月30日
六月	4月5日	5月1日	5月31日
七月	5月5日	6月1日	6月30日
八月	6月5日	7月1日	7月31日
九月	7月5日	8月1日	8月31日
十月	8月5日	9月1日	9月30日
十一月	9月5日	10月1日	10月31日
十二月	10月5日	11月1日	11月30日

我們必須在寬限期或您子女的承保即將終止之最後日期當天或之前收到您支付的保費。

我需要為任何服務付費嗎？

否。Child Health Plus 計劃參加者不為簽約醫療服務提供者的承保服務付款。所有承保服務均可享 \$0 共付額。如有下列住況，您將必須為服務付款：

- 您的孩子接受網外提供者的服務；或
- 您的孩子接受計劃服務區域外的服務；或
- 您的孩子從急診室接受非急診服務。

如果我不為我的孩子支付保費，會發生什麼事？

有些人必須為其加入 Child Health Plus 的子女支付保費。UnitedHealthcare Community Plan 將在承保月份之前兩個月向您請款，且付款期限為承保月份之前一個月。我們也提供寬限期，以便收取您支付的款項。請參考上面的計費週期表以了解更多關於保費付款和到期日的資訊。

如果您必須支付保費，請務必於付款期限前支付每位投保 UnitedHealthcare Community Plan 之兒童的保費。如果我們未在寬限期最後一天之前收到您的保費付款，則您的孩子將被 Child Health Plus 退保。

我們會在寬限期結束前寄書面通知給您，告知您孩子的承保即將終止。如果您對 UnitedHealthcare Community Plan 是否已收到您支付的保費有疑問，或想知道您的付款期限，請致電免費電話 1-877-229-3439。

重要計劃資訊 – NY Child Health Plus

UnitedHealthcare 在提供新的付款方式以讓您可以更輕鬆地支付您的月保費。UnitedHealthcare Essential Plan 的會員現在可登入 myuhc.com 並在線上支付其月保費。

會員也可透過電話使用我們的自動帳單繳費系統支付其月保費，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。請致電 1-877-229-3439，聽障專線 (TTY) 711。

會員也可使用支票或匯票將其保費付款郵寄至下列地址：

UnitedHealthcare Community Plan
P.O. Box 785462
Philadelphia, PA 19178-5462

福利

如同往常，如果您想與客戶服務部代表通話以進行付款，您可於週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電 **1-877-229-3439**，聽障專線 (TTY) **711**。我們重視我們的會員而且我們總是在尋找新方法以協助會員取得其所需的健康護理。感謝您選擇 UnitedHealthcare。

會員也可使用隔夜快遞郵寄其保費付款。

隔夜快遞郵寄地址：

UnitedHealthcare Community Plan
Lock Box #5462
Wells Fargo Bank Y1372-045
401 Market Street
Philadelphia, PA 19106

我孩子的承保可以終止嗎？

UnitedHealthcare Community Plan 可酌情因以下原因終止本福利計劃：

- a. 您未能按時支付孩子的每月保費
- b. 喪失 Child Health Plus 資格（您的孩子年滿 19 歲、符合 Medical Assistance 資格，或投保其他健康保險）
- c. 向我們提供錯誤資訊
- d. 允許他人使用您孩子的 ID 卡
- e. 您與您的承保子女已搬離服務區域
- f. 會員提出終止的書面要求
- g. 終止 UnitedHealthcare of New York, Inc. 與紐約州之間的 Child Health Plus 合約
- h. 死亡

服務授權與授權以前的行動

預先授權

部分治療和服務要求您在接受之前或繼續接受時獲得批准。這稱為**預先授權**。您或您信賴的人士可以請求預先授權。您的健康照護服務提供者可代您提出此要求。以下治療與服務必須在獲得之前得到批准：

- 住院，包括醫療、行為健康、手術和生育
- 專業照護機構服務
- 家庭健康護理服務
- 超過 \$500 的耐用醫療器械 (DME)
- 超過 \$500 的義肢與矯正裝置
- 美容與重建手術
- 胃繞道評估與手術
- 輸注治療
- 安寧護理服務（住院與門診）
- 進階放射服務，包括核放射和核醫學掃描、MRI、MRA、PET 掃描和 CT 掃描
- 實驗性或研究性健康護理服務
- 網外或州外服務
- 精神健康或藥物濫用服務（住院與門診）
- 第 20 次之後的物理治療、職能治療和語言治療就診。此限制不適用於未滿 21 歲、具有發育障礙，或患有創傷性腦損傷的會員。
- 移植評估
- 不在首選藥物清單上的處方藥

請求批准一項治療或服務稱為**服務授權請求**。欲獲得這些治療或服務的批准，您的醫師或健康護理提供者須致電 1-866-604-3267 聯絡 UnitedHealthcare Community Plan 的預先授權部門 (Prior Authorization Department)，或是請您的醫師或健康護理提供者發出請求函，或將其傳真至 1-866-950-4490。

福利

UnitedHealthcare Community Plan 遵循審查確定安全並核准可由公認的國家醫療專家組（例如 FDA 或食品及藥物監督管理局）使用的新醫療程序、治療和藥物的程序。出現這種情況時，將執行內部審核及批准流程，此流程用於將新程序、治療和藥物投入生產，以便成為為您承保的福利。

醫師或健康護理提供者的書面請求可發送至：

UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 1037
New York, NY 10005

如果您正在接受其中一項服務，但需要繼續接受該護理或獲得更多護理，您也需要獲得預先授權。這包括您在住院或剛剛出院後，請求提供的家庭健康護理服務。這稱為**並行伴隨審查**。

我們會評估並確定患者住院後接受的家庭健康護理 (HHC) 服務，方法與您現在正在接受的服務相同，但需要繼續或獲得更多護理（並行審查）。

我們收到您的服務授權請求後會如何處理。

本健康計劃設有審查團隊，以確保您獲得醫療上必需且在我們計劃承保中的服務。醫師與護理師屬於審查團隊。他們的工作是確保您要求的治療或服務具有醫療必要性且適合您。他們根據醫療上可接受的標準核驗您的治療計劃，以此開展工作。

拒絕服務授權請求或批准的數量少於所申請數量的任何決定稱為**最初拒絕裁定**。這些決定將由合格的健康護理專業人員作出。如果我們決定所請求的服務不具有醫療必要性，則將由臨床同儕審查員作出決定，該審查員可能是醫師，或是通常提供您要求之護理的健康護理專業人士。您或您信任的可以請求特定醫療標準，稱為**臨床審查標準**，用於作出與醫療必要性相關的行動決定。

收到您的服務請求後，我們會以標準或是**加急流程**進行審查。如果確信延遲會對您的健康產生嚴重危害，您或您的醫師可以要求採用簡易審查。如果我們拒絕了您的簡易審查請求，我們會通知您，且您的案例將按照標準審查程序處理。若您正在住院或剛剛出院，且我們收到家庭健康護理請求，則我們會以簡易審查流程來處理請求。

我們會以電話和書面方式向您和您的提供者告知該請求獲得批准或是遭駁回。我們也會告知您作出相應決定的理由。我們將說明，如果您不同意我們的決定，您有哪些上訴選擇。

預先授權請求的時間安排：

- **標準審查：**我們會在蒐集所有所需資訊後的 3 個工作天內針對您的請求作出決定，但您將在我們收到您的請求後 14 天內得到我們的答覆。若我們需要更多資訊，將在第 14 天前告知您。
- **簡易審查：**我們將作出決定，您將在 3 個工作日內收到我們的答覆。若我們需要更多資訊，我們將在第 3 個工作日及之前告知您。
我們將嘗試以電話告知您我們的決定，並隨後發出書面通知。

並行審查請求的時間安排：

- **標準審查：**我們會在蒐集所有所需資訊後的 1 個工作天內作出決定，但您將在我們收到您的請求後 14 天內得到我們的答覆。若我們需要更多資訊，將在第 14 天前告知您。
- **關於住院後立即提出居家健康照護 (HHC) 要求，**我們將在取得所有所需資訊後的 1 個工作日內作出裁定，但我們通知您的時間為收到您的申請後不遲於 14 天，或若申請日隔天為週末或假日，則為我們收到必要資訊後的七十二 (72) 小時內。
- **簡易審查：**當我們獲得所需的所有資訊後，我們將在 1 個工作天內作出決定。然而，如果您正在住院或剛剛出院，並且您請求在星期五或假期的前一天獲得提供家庭護理，在獲得所需的所有資訊後，我們將在 72 小時內作出決定。在所有情況下，您都會在我們收到您的請求後 3 個工作日內得到我們的答覆。若我們需要更多資訊，我們將在第 3 個工作日及之前告知您。我們將嘗試以電話告知您我們的決定，並隨後發出書面通知。

如果我們需要更多資訊才能針對您的服務請求作出標準或加急決定，我們將：

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

福利

您、您的提供者或您信任的人士亦可要求我們用更多時間作出決定。這可能是因為您需要向本計劃提交更多資訊，以幫助我們為您的案例作出決定。您可致電 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**，或發送傳真至 1-886-950-4490 要求我們這麼做。

醫師或健康護理提供者的書面請求可發送至：

UnitedHealthcare Community Plan of New York
P.O. Box 1037
New York, NY 10005

如果您不同意我們需更多時間來審查您的請求的決定，則您或您信任的人士可向本計劃提出投訴。您或您信任的人可向紐約州衛生署提出申訴，請撥打 1-800-206-8125。

我們將在審查時間到期前將我們的裁定結果通知您。但如果出於某些原因，您在該日期前沒有收到我們的答覆，則可視為我們拒絕您的服務授權請求。如果您對此答復不滿意，您有權向我們提出行動上訴。請參閱本手冊後文之「行動上訴」一節。

關於您的護理的其他決定

有時候，我們會對您正接受的護理進行並行伴隨審查，以確認您是否仍需要該類護理。我們也可能會審查您已接受的其他治療與服務。這稱為回顧性審查。如果我們執行了此等審查，我們會通知您。

效用評估

我們會評估健康服務以判定服務是否有醫療必要性，或為實驗性質或研究性質（以下簡稱「醫療必要性」）。此程序稱為「效用評估」。效用評估包括所有評估活動，無論它們是否在服務進行前發生（預授權）；在服務進行時發生（並行）；或在服務進行後發生（回顧）。若您對效用評估程序有任何疑問，或是需要協助，請撥打您會員卡上的會員服務部免費電話：**1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**，週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。可提供語言協助。

疾病與護理管理

如果您患有慢性病症（如氣喘或糖尿病），則 UnitedHealthcare Community Plan 有一項計劃，可幫助您與病症共處，並改善您的生活品質。這些計劃為自願性質，且免費提供給您。這些計劃會向您提供重要資訊，包括您的健康狀況、藥物、治療，並告知您找醫生回診的重要性。

有執照的護士和社工團隊將與您、您的家人、您的 PCP、其他健康照護提供者和社區資源合作，在最適當的環境中設計一份照護計劃，以滿足您的需求。他們還可以幫助您處理其他事情，例如減肥、戒菸、與您的醫生約診，以及提醒您可能需要的特殊測試。

您或您的醫生可以打電話給我們，詢問我們的護理管理或疾病管理計劃是否可以幫助您。如果您或您的醫生認為護理經理可為您提供協助，或者您希望進一步了解我們的護理管理或疾病管理計劃，請致電 1-800-493-4647，聽障專線 (TTY) 711。

保健方案

UnitedHealthcare Community Plan 有多種方案及工具可幫助您及您的家人保持健康，其中包括：

- 懷孕妊娠護理與育兒班
- 營養課程
- 精心護理提醒

您的醫療服務提供者可能會為您推薦其中一個方案。若您想了解更多資訊或尋找您附近的方案，請與您的 PCP 聯絡，或撥打會員服務部電話：1-800-493-4647，聽障專線 (TTY) 711。

其他計劃詳情

尋找網內服務提供者

我們讓尋找網內醫療服務提供者變得簡單。尋找您附近的網內醫療服務提供者或藥局：

前往 myuhc.com/CommunityPlan 在線上搜尋服務提供者。– 按一下「尋找醫療服務提供者」。

請致電 1-800-493-4647，聽障專線 (TTY) 711 與會員服務部聯絡。我們可以為您搜尋網絡醫療服務提供者。或者，如果您願意，我們可以郵寄一份服務提供者名錄給您。

提供者名錄

您的所在地區有服務提供者名錄。這份名錄列出網內提供者的地址及電話號碼。

服務提供者的資訊經常變更。請造訪我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan 以取得最新的名單。您可以從網站查看或列印服務提供者名單，或按一下「尋找醫療服務提供者」使用我們的線上可搜尋名錄。

如果您希望取得列印出來的名錄，請致電會員服務部：1-800-493-4647，聽障專線 (TTY) 711，我們會寄一份給您。

會員問卷調查

UnitedHealthcare 都會向部份會員詢問他們對 UnitedHealthcare Community Plan 的感受。本調查有助於我們確定應該努力改善哪些領域，以及哪些方面執行良好。

如果您收到調查，請回答。調查是由外部公司執行，因此我們絕不會看到您的回答。您的隱私受到嚴密保護。您的回答不會用來判定您或您家人的醫療照護。您的回答以及許多其他會員的回答結合起來，可以讓我們知道我們的表現如何。這是您「給我們打分數」的機會。我們想聽取您的意見。

40 有疑問嗎？請造訪 myuhc.com/CommunityPlan ；
或致電 1-800-493-4647（聽力語言殘障專線 711）與會員服務部聯絡。

欺詐和濫用

任何人都可以檢舉潛在的欺詐和濫用行為。如果您發現詐欺或濫用，請致電 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711** 向會員服務部提出檢舉。一些欺詐和濫用示例如下：

- 同時在紐約州和另一個州接受福利
- 變更或推翻處方
- 領取不符合資格的福利
- 將 UnitedHealthcare Community Plan ID 卡交給其他人使用
- 過度或浮濫使用福利
- 醫生或醫院以未提供給您的服務為名義向您或 UnitedHealthcare 收費
- 醫生或醫院以僅提供您一次的服務向 UnitedHealthcare 請款超過一次
- 醫生向 UnitedHealthcare 提交不實文件，使您得以獲得僅在有醫療必要性時提供的服務

您的意見很重要

您對於如何改善 UnitedHealthcare Community Plan 是否有任何想法？您有許多方式可以告訴我們您的想法。

- 請致電 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711** 與會員服務部聯絡。
- 寫信給我們，地址為：

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

會員諮詢委員會

我們也設有會員諮詢委員會，每三個月開會一次。如果您想加入我們，請致電會員服務部。

反歧視政策

UnitedHealthcare 會員有權從 HMO 接受服務，而不因年齡、性、膚色、種族、宗教或國籍而受到歧視。我們鼓勵任何感受到不公平歧視的會員根據 UnitedHealthcare 投訴和上訴程序提出投訴。我們致力於確保會員獲得公平對待。

會員的權利與責任

您的權利

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

- 取得關於 UnitedHealthcare、其服務、其執業人員與提供者以及會員權利與責任的資訊。
- 不論健康狀況、性別、種族、膚色、宗教、國籍、年齡、婚姻狀態或性取向如何，均能獲得具尊重、尊嚴與隱私性的護理。
- 得知何地、何時以及如何從 UnitedHealthcare Community Plan 獲得您需要的服務。
- 您的 PCP 將使用您可以理解的語言告知您什麼是錯的、可以為您做些什麼，以及可能出現的結果。
- 免費從網內提供者取得關於您護理的第二意見，或如果網內提供者無法使用，也可從網外取得。
- 索取最新版個人直接付款投保人合約之副本。
- 向您詳細介紹計劃後，同意您接受任何治療或護理計劃。
- 拒絕護理並獲告知這麼做有什麼可能的風險。
- 獲得您的醫療記錄副本，及與您的 PCP 詳談，並在必要時要求更改或修正您的醫療記錄。
- 確保您的醫療記錄得到保密，除非法律、合約要求或經由您批准，否則不與任何人分享。
- 利用 UnitedHealthcare Community Plan 申訴系統來處理任何申訴，或您可以向紐約州衛生署或當地社會服務部提出申訴，只要您認為自己沒有被妥善對待即可提出。
- 指派某人（親戚、朋友、律師等）代表您（如果您無法自行說明您的護理與治療）。

- 在乾淨、安全的環境中獲得體貼且受人尊重的護理，不受任何不必要的約束。
- 坦誠討論適合您的病況或醫療上所必需的治療選項，無論費用或福利承保範圍為何。
- 提出有關保健計畫單位會員權利與責任政策的建議。

如果您收到帳單

UnitedHealthcare Community Plan 免費提供您全方位健康護理服務。您永遠不必支付您的 PCP 或任何其他 UnitedHealthcare Community Plan 參與提供者任何金額。對於透過 UnitedHealthcare Community Plan 所提供的任何核准服務，若您透過 UnitedHealthcare Community Plan 提供者取得，您不必對此支付費用。

如果您被要求為 UnitedHealthcare Community Plan 提供者的服務付款，請提醒該辦公室您由 UnitedHealthcare Community Plan 承保，並出示您的 UnitedHealthcare Community Plan 會員 ID 卡。您也可以撥打 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711** 聯絡會員服務部請求協助。您將被要求為 UnitedHealthcare Community Plan 承保範圍外之服務支付費用。除非您在獲得護理之前便了解並同意您將為此支付費用，否則您無需支付任何此類服務的費用。

如果您收到醫療帳單，請致電 UnitedHealthcare Community Plan 會員服務部，電話 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**，我們的代表將協助您處理問題。大多數帳單應該都有帳單號碼，您可以致電給他們，提供您的 UnitedHealthcare Community Plan 會員編號，並要求他們向 UnitedHealthcare Community Plan 請款。

如果您被要求為某項服務付款，但您不確定該服務是否屬於承保範圍，請在為服務付款前致電 UnitedHealthcare Community Plan 會員服務部，電話 1-800-493-4647，聽障專線 (TTY) 711。

如果您付了帳單，而您想要申請報銷，請致電 UnitedHealthcare Community Plan 會員服務部，電話 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**，將有代表協助您。

您的義務

身為 UnitedHealthcare Community Plan 的會員，您同意：

- 與您的 PCP 合作，保護並改善您的健康狀況。
- 了解您的健康護理系統如何運作。
- 聽從您的 PCP 的建議，並在有疑慮時提問。
- 在狀況沒有好轉時致電或回訪您的 PCP，或尋求第二意見。
- 尊重健康護理員工，正如您希望獲得尊重一樣。
- 如果您對任何健康護理員工有疑問，請告知我們。致電會員服務部

其他計劃詳情

- 按時就診。如果您必須取消，請盡快致電我們。
- 僅在真正緊急的情況下使用急診室
- 當您需要醫療照護時（即使是下班後），請致電您的 PCP
- 提供該組織及其執業人員和提供者所需的確實且完整的資訊，以利其提供護理。
- 遵循您已向您的執業人員同意的護理計劃和指示。
- 了解您的健康問題，參與制定雙方均認可的治療目標。

預立指示

您有時可能無法決定自己的健康護理。請提前作好打算，您現在便可安排以執行自己的想法。

- 第一，讓家人、朋友與您的醫師了解您需要或不需要哪種治療。
- 第二，您可以指定某位您信賴的成人為您作出決定。務必與您的 PCP、您的家人或其他與您親近的人交談，以便他們了解您的需要。
- 第三，您最好能夠以書面形式提出您的想法。下面列出的文件可能會對您有幫助。您無需使用律師，但您可能希望與一名律師就此進行探討。

您可以隨時改變想法或更改這些文件。我們可以幫助您理解或獲得這些文件。它們不會改變獲得優質健康護理福利的權利。唯一的目的是讓其他人在您無法表達自己的想法時了解您的需求。

健康護理委託書 — 藉由此文件，您可以在無法決定時指定您信賴的另一位成人（通常是朋友或家人）為您作出醫療照護決定。如果您這麼做，您應與該人士交談，以便他們知道您的想法。

CPR 與 DNR — 您有權決定是否需要任何特殊或急症治療，以在呼吸或循環停止時復甦您的心臟或肺部。如果您不想要特殊治療，包括心臟復甦術 (CPR)，您應以書面形式表達您的意願。您的 PCP 將針對您的醫療記錄提供 DNR（不實施心肺復甦術）。您也可以攜帶 DNR 表及／或戴手環，以讓所有緊急醫療提供者了解您的意願。

器官捐獻卡 — 這張錢包大小的卡片表明您願意在死後捐獻自己的身體部件幫助他人。此外，檢查駕駛證背面，以讓其他人知道您是否願意或打算如何捐獻您的器官。

申訴與上訴

部分治療和服務要求您在接受之前或繼續接受時獲得批准。這稱為**預先授權**。請求批准一項治療或服務稱為**服務授權請求**。此流程之前已在本手冊中予以介紹。拒絕服務授權請求或批准的數量少於所申請數量的任何決定稱為**行動**。

如果您對我們關於您護理的決定不滿意，您可以採取以下行動。

您的提供者可以要求重新審議

若我們決議您的服務授權請求非醫療必要，或為實驗性或研究性，而我們未與您的醫師討論，您的醫師可要求與本計劃的醫療主管洽談。醫療主管會在 1 個工作天內與您的醫師溝通。

您可以提出申訴：

- 如果您遭到拒保或我們未能支付轉診。
- 如果您的非承保福利遭到具保。
- 您可親自提出，或要求您信任的人替您提出申訴。如果您需要關於提出上訴的幫助，可以致電會員服務部電話 1-800-493-4647，聽障專線 (TTY) 711。
- 我們不會因您提出申訴而對您區別對待或態度惡劣。
- 申訴可透過電話或書面形式提出。如果您透過電話提出上訴，之後必須提供書面的上訴書。您必須在發送給我們的申訴書中簽名。
- 您可以讓您信賴的人士（例如法定代理人、家人或朋友）為您提出申訴。
- 如果您因聽障或視障而需要我們的幫助，或您需要翻譯服務或填表等協助，我們可以幫助您。
- 我們不會因您申訴而讓您為難或採取任何對您不利的行動。

我們收到您的申訴之後會如何處理？

我們將在 15 天內向您發函，告知您我們正在處理您的計劃申訴。此信函將告知您：

- 我們收到您的申訴
- 是誰在處理您的申訴
- 如何就您的申訴與 Health Plan 的人員聯絡
- 我們是否需要更多資訊

其他計劃詳情

所有申訴都會儘快裁定：如果延遲會造成您的健康風險，則會在我們獲得所有必要資訊後 48 小時內，否則為在我們獲得關於承保福利轉介或裁定的所有必要資訊後 30 天內。

您將收到書面通知，告知您我們作出裁定的理由以及提出申訴上訴的流程。

您可以提出上訴：

- 如果您對我們對您的服務授權請求作出的決定不滿意，您可以在收到我們的信函／通知後 60 天內提出上訴。
- 您可親自提出，或要求您信任的人替您提出。如果您需要關於提出上訴的幫助，可以致電會員服務部電話 1-800-493-4647，聽障專線 (TTY) 711。
- 我們不會因您提出上訴而對您區別對待或態度惡劣。
- 上訴可透過電話或書面形式提出。如果您透過電話提出上訴，之後必須提供書面的上訴書。您必須在發送給我們的上訴書中簽名。
- 您可以讓您信賴的人士（例如法定代理人、家人或朋友）為您提出上訴。
- 如果您因聽障或視障而需要我們的幫助，或您需要翻譯服務或填表等協助，我們可以幫助您。
- 我們不會因您上訴而讓您為難或採取任何對您不利的行動。

請將所有書面上訴發送至：

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

您的上訴將按照簡易審查程序審查，前提是：

- 如果您或您的醫生要求以加急／快捷流程來審查您的行動上訴。您的醫師必須解釋延遲會如何損害您的健康。如果您的加急／快捷審查請求被拒絕，我們將告知您，且您的行動上訴將以標準流程審查。
- 如果您的請求在您要求繼續獲得正在接受的護理或需要擴展已提供服務時被拒絕；或
- 如果您的請求在您住院後要求提供家庭健康護理時被拒絕。
- 加急／快捷上訴可透過電話提出，並且之後無需提供書面形式上述。

我們收到您的行動上訴之後會如何處理？

我們會在 15 天內寄信給您，讓您知道我們正處理您的上訴。
此信函將告知您：

- 我們已經收到您的上訴
- 是誰在處理您的上訴
- 如何就您的上訴與 Health Plan 的人員聯絡
- 我們是否需要更多資訊

臨床問題的上訴將由未曾作出最初決定的合格健康護理專業人士作出決定，至少其中一位將會是臨床同儕審查員。

非臨床決定將由職位高於作出初審決定人員的人士作出。在上訴前及上訴期間，您或您的委託人可檢視您的個案檔案，內含醫療紀錄和任何其它用於決策參考的文件和紀錄。

您亦可親自或以書面形式提供作出決定時可供參考的資訊。如果您不確定要向我們提供哪些資訊，請致電聯絡客戶服務部：1-800-493-4647，聽障專線 (TTY) 711。如果您的上訴所針對的決定是關於向我們要求的網外服務，且該服務與能在網內取得的服務沒有不同，則請要求您的醫生向我們遞交：

1. 書面聲明，說明您要求的服務與我們網絡中提供的服務有所不同；以及
2. 兩份醫療證明（出版的文章或科學研究），顯示您要求的服務對您較有益，且對您造成的傷害不會高於我們在網絡中提供的服務。

我們將告知您我們所作決定的理由與臨床理據（如適用）。如果您仍不滿意，則我們會向您說明任何進一步的上訴權利，或者您或您信任的人士可以向紐約州衛生署提出投訴，電話號碼是 1-800-206-8125。

計劃上訴的時間安排

- **標準上訴**：如果我們集齊需要的所有資訊，我們將在收到您的行動上訴後 30 天內告知您我們的決定。書面決定通知將在作出決定後 2 個工作天內發送給您。
- **加急／快捷上訴**：如果我們收齊需要的所有資訊，則加急上訴決定將在收到您的行動上訴後 2 個工作日內作出。
- 如果我們需要更多資訊，我們將於您提出行動上訴後 3 個工作日內告知您。我們將以電話告知您我們的決定，並隨後發出書面通知。

其他計劃詳情

如果我們需要更多資訊才能對您的上訴作出加急／快捷決定，則我們將：

- 致函告知您我們需要什麼資訊。如果您的請求正處於簡易審查期間，我們將立即致電您，並隨後向您發送書面通知。
- 告知您延遲符合您最佳利益的原因。

您、您的提供者或您信任的人士亦可要求我們用更多時間作出決定。這可能是因為您需要向本計劃提交更多資訊，以幫助我們為您的案例作出決定。您可撥打 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**，或以書面形式完成此程序。請將書面請求發送至：

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

如果您或您信任之人不同意我們需更多時間來審查您的請求的決定，則您或您信任之人士可向本計劃投訴。您或您信任的人士可以撥打會員服務部電話 **1-800-493-4647**（如果您有聽力問題，請撥打聽語障專線中繼服務電話 **711**），或致電 **1-800-206-8125** 聯絡紐約州衛生署，向 Health Plan 提出此投訴。

如果您的初審拒絕是因為我們指出：

- 服務非醫療所必要；或
- 服務為實驗性或研究性質；或
- 網外服務與我們的網內提供的服務相同，且
- 我們沒有按時告知您上訴的決定，則最初拒絕服務的決定將會逆轉。這表示您的服務授權請求已獲批准。

外部上訴

如果本計劃決定拒絕承保您與您的醫生所要求的醫療服務，原因是：

- 服務非醫療所必需；或
- 服務為實驗性或研究性質；或
- 網外服務與我們的網內提供的服務相同；

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

在您向州政府提出上訴之前：

1. 您必須向本計劃提出上訴，並獲得本計劃的最終不利判定；或
2. 如果您提出加急上訴，但對本計劃的決定不滿意，則您可以選擇向本計劃提出標準上訴，或直接提出外部上訴；或
3. 您和本計劃可能同意跳過本計劃的上訴流程，直接啟用外部上訴。

收到本計劃的最後不利決定後，您有 45 天的時間可以提出外部上訴。如果您與本計劃曾同意跳過本計劃的上訴程序，則您必須在簽訂該協議後的 45 天內提出外部上訴。

您可以向您的健康計畫提出額外上訴（如果您想要使用）。但是，如果您希望提出外部上訴，您還必須在本計劃告訴您最終不利決定通知後的 45 天內，或當您和您的計畫同意免除本計劃的上訴流程時，向紐約州金融服務部遞表申請。

如果您不及時提出外部上訴申請，您將失去提出外部上訴的權利。

欲提出外部上訴，請填寫申請表並將其發給紐約州金融服務部。如果您需要關於提出上訴的幫助，您可以撥打會員服務部電話 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**。您與您的醫師將需要提供關於您的醫療問題的資訊。外部上訴申請表會有需要什麼資訊的內容。

以下是獲得外部上訴申請的一些途徑：

- 致電紐約州金融服務部：1-800-400-8882，或前往其網站：www.dfs.ny.gov 聯絡。
- 聯絡本健康計劃，電話是 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**

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

如果您的服務提供者已針對同時發生的不利裁定提出外部上訴，包括以您的指定人身份提出外部上訴的提供者，則該提供者不得就外部上訴機構認定並非醫療上所必需的服務向您要求付款（任何適用的定額手續費除外）。

如果您的醫師指出延遲會對您的健康造成嚴重傷害，則您可獲得快捷裁定。這稱為**加急外部上訴**。外部上訴審查員將在至多 3 天內對加急上訴作出決定。審查員將透過電話或傳真將決定告知您和本計畫。之後，我們將致函告訴您本決定。

投訴流程

申訴

我們希望我們的計劃讓您滿意。大多數問題可立即解決。如果您的護理或服務出現問題或您對其有異議，您可以向本計劃提出投訴。未能透過電話立即解決的問題，以及郵件中的任何投訴，將根據我們的下述程序予以處理。

如何向本計劃提出投訴

如果您有問題，請致電會員服務部，讓他們協助您：**1-800-493-4647** 聽障專線 (TTY) **711**。如果在與會員服務部討論這個問題後，您想要提出投訴，則會員服務部可以協助您提出，或者您可以寫信給我們，地址是：

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

您可以讓您信賴的人士（例如法定代理人、家人或朋友）為您提出投訴。若您因聽力或視力受損而需要我們的協助，或是您需要翻譯服務，我們都會幫助您。我們不會因您投訴而讓您為難或採取任何對您不利的行動。

您也有權就您的投訴與紐約州衛生署聯絡，請致電 1-800-206-8125，或致函：New York State, Department of Health, Division of Managed Care, Bureau of Managed Care Certification and Surveillance, Room 1911 Corning Tower ESP, Albany, NY 12237。您也可以隨時就您的投訴聯絡當地的社會服務部。如果您的投訴涉及帳單問題，您可以致電紐約州保險部，電話號碼是 1-800-342-3736。

後續情形

如果我們無法透過電話或在收到您的書面投訴後立即解決問題，我們將在 15 個工作天內向您發函。此信函將告知您：

- 我們已經收到您的投訴
- 是誰在處理您的投訴
- 如何就您的投訴與健保計劃的人員聯絡
- 我們是否需要更多資訊

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

我們審查您的投訴之後

- 我們將在獲得答覆您投訴所需的所有資訊後 45 天內告知您我們的決定。我們將致函告知您決定的理由。
- 若延遲會對您的健康造成威脅，我們將在獲得答覆您投訴所需的所有資訊後 48 小時內告知您我們的決定。
- 您將了解在您的決定不滿意時如何提出上訴，並且我們將提供您可能需要的所有表格。
- 如果我們因沒有充足的資訊而無法就您的投訴作出決定，我們將發函通知您。

投訴上訴

如果您不同意我們就您的投訴所作的決定，您或您信賴的人士可以向本計畫提出投訴上訴

如何提出投訴上訴

- 果您對我們的決定不滿意，您可以在收到我們的信函／通知後 60 個工作天內提出上訴。
- 您可親自提出，或要求您信任的人替您提出。
- 投訴上訴必須是書面形式。如果您透過電話提出上訴，之後必須提供書面的上訴書。通話結束後，我們將向您寄送一份總結電話上訴內容的表格。如果您同意我們的總結，您必須簽署並將此表返回給我們。您可以在將此表發給我們之前進行所有需要的更改。請將所有書面信函發送至：

UnitedHealthcare Community Plan
Quality Management Dept. – Complaint Appeals
P.O. Box 1037
New York, NY 10268-1037

我們收到您的投訴上訴之後會如何處理？

我們收到您的投訴上訴後，會在 15 個工作天內以確認函通知您。此信函將告知您：

- 我們已經收到您的投訴
- 是誰在處理您的投訴上訴
- 如何就您的投訴上訴與 Health Plan 中的人員取得聯絡。
- 我們是否需要更多資訊

其他計劃詳情

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

如果延遲會傷害您的健康，則當我們取得所有所需資訊後，您會在 2 個工作天內得知我們的決議。對於所有其他投訴上訴，我們會在 30 天後告知您我們的裁定。我們會給您決議的理由和我們的臨床理論（若有）。如果您仍不滿意，您或代表您的人可隨時致電 1-800-206-8125 向紐約州衛生署提出投訴；也可以寫信至紐約州衛生署：NYS Department of Health, Division of Managed Care, Bureau of Managed Care Certification and Surveillance, Room 1911 Corning Tower ESP, Albany, NY 12237。

口譯服務和語言協助

我們的許多會員服務員工都可以說一種以上的語言。如果您無法聯絡到可以說您的語言的人，可以讓口譯員幫助您與會員服務部交談。

我們的許多網內醫療服務提供者也都會不只能說一種語言。如果您遇到的人員不會說您的語言，則您可以在約診期間享用我們的口譯人員或手語服務來幫助您。請在約診前至少 72 小時安排翻譯服務。手語服務需提前兩星期通知。

您也可以要求我們為寄給您的印刷資料提供不同語言或翻譯版本。如需安排口譯員、翻譯服務，請致電 1-800-493-4647，聽障專線 (TTY) 711 與會員服務部聯絡。

健康計劃隱私政策聲明

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

生效日期：2019 年 1 月 1 日。

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

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

根據法律規定，我們必須遵守該通知中的條款。

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

我們如何使用或分享您的資訊

我們必須使用並與下列對象分享您的 HI：

- 您或您的合法代表
- 政府機關

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

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

其他計劃詳情

- 為了核保。我們可能會使用您的 HI 來作承保決定。我們不會將您的遺傳 HI 用於核保目的。
- 用於涉及福利或照護的提醒。我們可能會使用您的 HI 來傳送約診提醒以及與您健康福利有關的資訊。

我們可能會以下列方式使用或共用您的 HI：

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

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

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

您的權利

您享有下列權利。

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

其他計劃詳情

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

行使您的權利

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

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

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

56 有疑問嗎？請造訪 myuhc.com/CommunityPlan；
或致電 1-800-493-4647（聽力語言殘障專線 711）與會員服務部聯絡。

財務資訊隱私聲明

本聲明顯示了可能會如何使用和共用您的財務資訊請仔細閱讀。

生效日期：2019 年 1 月 1 日。

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

我們會收集的資訊

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

FI 的分享。

我們將僅會按照法律許可的方式分享 FI。

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

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

保密性與安全性

我們會限制員工和服務提供者使用您 FI 的權限。我們會實施保護措施來保護您的 FI。

其他計劃詳情

關於此聲明的疑問

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

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

58 有疑問嗎？請造訪 myuhc.com/CommunityPlan；
或致電 1-800-493-4647（聽力語言殘障專線 711）與會員服務部聯絡。



反歧視聲明

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

UnitedHealthcare Community Plan 提供下列服務：

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

如果您需要上述服務，請致電您會員鑑別卡上所列的免費會員電話號碼。

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

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

電子郵件：
UHC_Civil_Rights@uhc.com

您也可向美國健康及人類服務部的民權辦公室提出民權投訴，方式如下：

網站：
民權辦公室投訴入口網站
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

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

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

我們提供免費服務以協助您與我們溝通。例如，其他語言版本或大字版的信函。或者，您可申請口譯員。如欲尋求協助，請致電會員服務部，電話 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**，服務時間週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。

LANGUAGE ASSISTANCE

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. English
Call 1-800-493-4647 TTY 711

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-493-4647 TTY 711.	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-493-4647 TTY 711.	Spanish/Español
注意：您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-493-4647 TTY 711。	Chinese/中文
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-493-4647 رقم هاتف الصم والبكم TTY 711	اللغة العربية/Arabic
주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-800-493-4647 TTY 711로 전화하시기 바랍니다.	Korean/한국어
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-493-4647 (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 1-800-493-4647 TTY 711.	Italian/Italiano
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-493-4647 TTY 711.	French/Français
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-493-4647 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 1-800-493-4647 TTY 711	Yiddish/אידיש
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-493-4647.	Polish/Polski
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyong pantulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-493-4647 TTY 711	Tagalog
দৃষ্টি আকর্ষণ: যদি আপনার ভাষা “Bengali বাংলা” হয় তাহলে আপনি বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পাবেন। 1-800-493-4647 TTY 711 নম্বরে ফোন করুন।	Bengali/বাংলা
KUJDES: Ju vendosen në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-493-4647	Albanian/Shqip
Προσοχή: Στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε «1-800-493-4647» 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 1-800-493-4647 TTY 711	Urdu/اردو



誠摯服務 相伴左右。

請記得，我們隨時準備好回答任何您可能有的問題。您僅需致電會員服務部，電話 **1-800-493-4647**，聽障專線 (TTY) **711**，服務時間週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。您也可以瀏覽我們的網站 myuhc.com/CommunityPlan。

UnitedHealthcare Community Plan of New York
77 Water Street, 14th Floor
New York, NY 10005

myuhc.com/CommunityPlan

1-800-493-4647，聽力語言殘障專線 (TTY)：**711**

United
Healthcare
Community Plan

有疑問嗎？請造訪 myuhc.com/CommunityPlan； 61
或致電 **1-800-493-4647**（聽力語言殘障專線 **711**）與會員服務部聯絡。

