

# **ElderServe at Home**

管理式長期照護計劃

會員手冊

© 2010 ElderServe Health, Inc.  
保留所有權利  
2026 年版

**ElderServe at Home**

電話：1 (800) 370-3600

80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, New York 10463 (主要辦公室)

1630 East 15th Street, Suite 206, Brooklyn, New York 11229

80-02 Kew Gardens Road, Suite 403, Kew Gardens, New York 11415

# 目錄

歡迎加入 ELDERSERVE AT HOME 管理式長期照護計劃 .....	1
會員服務部所提供的幫助 .....	1
MLTC 計劃的投保資格 .....	1
紐約獨立評估員計劃 (NYIAP) — 初始評估流程 .....	2
ELDERSERVE AT HOME MLTC 計劃承保的服務 .....	5
過渡照護程序 .....	8
MONEY FOLLOWS THE PERSON (MFP)/OPEN DOORS .....	8
我們計劃未承保的 MEDICAID 服務 .....	9
ELDERSERVE AT HOME 或 MEDICAID 未承保的服務 .....	10
服務授權、行動與行動上訴 .....	10
投訴和投訴上訴 .....	18
退保 ELDERSERVE AT HOME MLTC 計劃 .....	19
文化和語言能力 .....	21
會員權利與責任 .....	21
電子通知選項 .....	24

## 歡迎加入 ELDERSERVE AT HOME 管理式長期照護計劃

歡迎加入 ElderServe at Home 管理式長期照護 (MLTC) 計劃。MLTC 計劃專為擁有 Medicaid，且需要健康與社區長期服務和支援 (CBLTSS)，例如居家照護和個人照護，以盡可能待在家中和社區的人士所設計。

本會員手冊將為您說明自投保計劃起，ElderServe at Home 承保的附加福利。手冊還會為您介紹如何請求服務、發起投訴或退出 ElderServe at Home 計劃。此外，本手冊還介紹了有關 ElderServe at Home 及其計劃優勢的重要資訊，請妥善保存以備參閱。您需要本手冊以瞭解所承保的服務內容及取得服務的方式。

### 會員服務部所提供的幫助

您可以在任何時間致電下列會員服務部電話號碼，服務時間每週七天，每天 24 小時。

會員服務部將有專人協助您：

週一至週五

上午 9:00 至下午 5:00

致電 1-800-370-3600，聽障專線：711

若您在其他時段需要協助，請致電 1-800-370-3600；聽障專線：711。

您的來電將由我們待命的值班人員接聽，

服務時間為每週七天，每天 24 小時。

為有效與我們溝通，ElderServe at Home 可提供其他語言版本的資訊，並為母語非英語的使用者提供口譯服務，包括為身心障礙者提供輔助工具和服務，並且都將免費提供。如果您希望收到其他語言版本的資訊，或需要翻譯服務，請致電會員服務部：1-800-370-3600，聽障專線：711，並要求與口譯員對話或接收以您的慣用語言編寫的書面資料。

如果您有聽力障礙，您可以撥打 711 聯絡 ElderServe at Home，接線員將協助您與我們通話。

如果您有視力障礙，我們可以為您朗讀 ElderServe at Home 文件來提供幫助。如需此項服務，請聯絡會員服務部為您安排。我們還提供大字體印刷版手冊，您可聯絡會員服務部索取。

### MLTC 計劃的投保資格

MLTC 計劃適用於擁有 Medicaid 的人士。若要符合加入 MLTC 計劃的資格，您必須：

- 1) 年滿 18 歲及以上，

- 2) 居住在本計劃的服務區，包含以下各縣：布朗士縣、國王縣（布魯克林）、紐約（曼哈頓）、皇后區、里奇蒙縣（史泰登島）、威徹斯特縣、納蘇縣以及薩福克縣；
- 3) 擁有 Medicaid,
- 4) 僅擁有 Medicaid，或年齡介於 18 至 20 歲、同時擁有 Medicaid 與 Medicare，且符合療養院照護級別資格；
- 5) 在投保時，能夠在不危害您健康與安全的前提下，返回或繼續留在家中及社區中；  
**以及**
- 6) 預計自投保日起連續 120 天以上，需要至少一項下列 MLTC 計劃承保的社區長期服務和支援 (CBLTSS)：
  - a. 居家護理服務
  - b. 居家治療
  - c. 居家健康助理服務
  - d. 居家個人照護服務
  - e. 成人日間健康照護
  - f. 私人看護；或
  - g. 消費者引導式個人協助服務

本手冊中說明的承保範圍自 ElderServe at Home MLTC 計劃投保日起生效。加入 MLTC 計劃純屬自願。

### **紐約獨立評估員計劃 (NYIAP) — 初始評估流程**

NYIAP 將對有意加入 MLTC 計劃的人士進行初步評估。初始評估流程包括完成：

- **社區健康評估 (CHA)：**CHA 用於檢查您是否需要個人照護和/或消費者引導式個人協助服務 (PCS/CDPAS)，以及是否符合投保管理式長期照護計劃的資格。
- **醫療約診和醫囑 (PO)：**該 PO 文件將記錄您的醫療約診情況，並指出您：
  - 您在日常活動方面是否需要幫助，**以及**
  - 您的病情是否足夠穩定，可以讓您居家接受 PCS 和/或 CDPAS。

NYIAP 將同時安排 CHA 和醫療約診。CHA 將由訓練有素的註冊護士 (RN) 完成。完成 CHA 後，NYIAP 的一名臨床醫生將在幾天後完成醫療約診和 PO。

ElderServe at Home 將透過 CHA 和 PO 的結果瞭解您需要何種幫助，並制定屬於您的照護計劃。如果照護計劃建議您接受平均每天 12 個小時以上的 PCS 和/或 CDPAS，則將需要由

NYIAP 獨立審查小組 (IRP) 進行獨立審查。IRP 是由醫療專業人士組成的小組，將負責審查您的 CHA、PO、照護計劃及任何其他必要醫療證明文件。如需更多資訊，小組成員可對您進行檢測或與您討論需求。IRP 將針對照護計劃是否符合您的需求，向 ElderServe at Home 提出建議。

NYIAP 完成初始評估步驟並裁定您符合 Medicaid 管理式長期照護的資格後，您就可以選擇要投保何種管理式長期照護計劃。

### **ElderServe at Home 投保流程**

NYIAP 將通知您其評價和評估的結果。您必須先完成 NYIAP 的評價和初始評估並建檔，才能投保我們的計劃。

您選擇投保 ElderServe at Home 時，我們將開始進行投保流程。ElderServe at Home 將依申請書收件順序受理申請，不會有所限制，且不會因年齡、性別、膚色、宗教信仰、身心障礙或發育遲緩、原國籍、性傾向、健康狀況或健康服務的花費而有差別待遇。

ElderServe at Home 將驗核您的 Medicaid 資格情況及投保類型，並安排在您住處會面，以便我們收案部門的護理師到您家中訪視以對您的健康和環境完成全方位評估，從而為您制定初始照護計劃。與您討論並取得您的書面許可之後，收案護理師會聯絡您的醫生，說明我們的計劃並要求合作，包括該醫生對擬定之照護計劃的意見和書面核准。若您想加入 ElderServe at Home，但您的醫生不願意與我們合作，我們可協助您選擇其他醫生。

若要投保，您必須簽署文件，包括投保合約、醫療資訊授權書和隱私權聲明確認書。必須在當月 20 號之前向 New York Medicaid Choice (NYMC)（紐約州 [NYS] 管理式照護投保計劃）提交投保申請書。若您符合既定標準且 NYMC 核准申請，您的投保通常會在下個月的 1 號生效。對於當月 20 號之後向 NYMC 提交的投保申請，若獲得 NYMC 核准，將在下一個月的 1 號生效。如果您決定加入，您將簽署投保合約和其他必要文件。在投保期間，我們將說明取得服務的方式，並為您提供一份 ElderServe 網絡內醫療服務提供者名單。您將收到 ElderServe at Home 計劃承保服務的個人 ID 卡。請記住，您必須妥善保存一般 Medicaid 卡和任何第三方保險卡，才能獲得 ElderServe at Home 未承保的服務。

### **撤銷投保申請**

您可在投保生效日前一個月的 20 號中午之前，透過口頭或書面方式撤銷申請。若要撤銷，請致電 1-800-370-3600（聽障專線：711）聯絡本計劃，或寫信至 ElderServe Health Plans, Intake Department, 80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, NY 10463。

### 投保遭拒的流程

如果發生以下情形，ElderServe at Home 可能會拒絕您投保：

- 您不符合上述資格標準；或
- 您的醫生不與我們合作，且您不想要更換醫生時；或
- 您尚未投保 MLTC，並且已加入臨終關懷計劃，則您仍將無法投保 MLTC 計劃（已投保 MLTC 且正在接受臨終關懷服務的人士可轉移至另一個 MLTC 計劃，不受限制）；或
- 您是以下機構的住院患者或居住者：
  - 精神機構；或
  - 發育遲緩中期照護機構 (ICF/IDD)；或
  - 酒精/物質使用障礙症長期寄宿式治療計劃；或
  - 輔助生活計劃；或
  - 療養院或寄宿式健康照護機構，並且無出院計劃；或
- 已投保且不願意從以下計劃中退保：
  - 其他 Medicaid MLTC 計劃；或
  - 第 1915(c) 節 TBI 或療養院遷移和轉換豁免計劃；或
  - 第 1915(c) 節 OPWDD 的設施或豁免計劃；或
- 先前曾非自願從我們的計劃退保，而造成該非自願退保的情況並沒有改變；或
- 不同意且未簽署要求的文件。

您可致電 1-888-401-6582 聯絡 NYMC，以針對拒保提出上訴。

### 初始照護計劃 (POC) 的制定

ElderServe at Home 將審查 NYIAP CHA 和 PO，以便為制定您的個人化 POC 獲取指導資訊。此外，我們的收案護理師將執行全面評估審查；該審查也會將您的居家環境和社區支援納入考量。收案護理師會向您出示擬定的 POC 供您簽收；這是提交投保申請書的必要動作。除非因為您的健康狀況有大幅變化或您提出要求而需要其他 CHA，否則 NYIAP 的 CHA、PO 和您的初始 POC 有效期限均為 12 個月。ElderServe at Home 至少每 12 個月會

更新一次您的 POC；如果您的健康狀況有所變化、您提出要求或有其他適當狀況，則會更頻繁更新。

如果因為以下任何原因，使您從另一個 MLTC 計劃中退保並投保 ElderServe at Home：服務區縮減、關閉、收購、合併或其他已核准的業務安排，則在投保 ElderServe at Home 後或直到 ElderServe at Home 執行評估而且您已同意新的 POC 之前，ElderServe at Home 將繼續依照您先前既有的 POC，提供連續 120 天的服務。

### **計劃會員 (ID) 卡**

您將在投保生效日起 7 至 10 日內收到 ElderServe at Home 識別 (ID) 卡。請確認卡片上所有資訊均正確無誤。請務必隨身攜帶您的 ID 卡和 Medicaid 卡。若卡片遺失或遭竊，請致電 1-800-370-3600（聽障專線：711）聯絡會員服務部。

## **ELDERSERVE AT HOME MLTC 計劃承保的服務**

### **照護管理服務**

身為我們的計劃會員，您將獲得照護管理服務。我們的計劃將為您提供一名照護管理師，擔任健康照護專業人員（通常是護理師或社工）。照護管理師將與您本人和您的醫生合作，以決定您需要的服務並制定照護計劃。

透過以人為本的服務規劃流程，專責護理師將與您本人、您的醫生和家人合作，為您制定符合您特定需求的專屬 POC。我們會確保您獲得所需的健康照護服務。我們經驗豐富的醫療專業人員全年無休，每週 7 天、每天 24 小時全天候為您提供服務。您的照護團隊會持續追蹤您的健康狀況、注意您健康狀況有何改變、提供照護、教育您的照顧者如何確實根據您的需求提供優質服務、教您幫助自己的最佳方式、解答您的疑問，以及協助您取得可能會需要的其他服務。

您的書面 POC 包含由 ElderServe at Home 所承保和支付之醫療上必要的服務，以及非計劃承保服務的協調，以符合您的需求。ElderServe at Home 未承保的服務（例如：藥物、醫生、醫院及其他醫療服務）可能由 Medicaid、Medicare 或其他保險直接支付。您的書面 POC 說明您所需的服務、所需服務的頻率，以及這些服務應持續多久時間。這份計劃可識別、評估並協助您管理影響您健康的生理、心理與社會因素。我們至少每 12 個月就會審查一次您的 POC，或者依情況需要或根據您的要求而更頻繁地審查。您的需求有所變更時，POC 就會進行變更以符合這些需求。您的照護管理師將審查 POC，並與您討論任何變更的

內容。如有任何問題或疑慮，歡迎致電 1-800-370-3600（聽障專線：711）聯絡您的照護管理師或照護管理團隊的任一成員。

您每月至少會接到一次照護管理團隊的電話聯絡。該評估護理師（照護管理團隊成員）一年至少會進行一次住家訪視，以完成全面健康評估，並識別您可能發生的任何變化或可能有的需求。我們將根據您的 POC 與您的醫生和其他健康照護專業人員合作，確保您獲得所需的服務。

您可能會請求獲取不在核准之 POC 內的服務，但您的請求必須取得計劃核准並獲得事先授權。您的照護管理師將與您的照護管理團隊合作，以處理您的申請。除了我們預先核准的特定服務外，所有的承保服務均需經過 ElderServe at Home 事先核准。對於某些服務，可能會啟動新的臨床評估，且可能需要針對該申請的特定醫療文件。

如需非營業時間的照護，請致電 1-800-370-3600（聽障專線：711）聯絡 ElderServe at Home 值班服務和護理師熱線，服務時間每週 7 天，每天 24 小時。

### **其他承保服務**

因為您擁有 Medicaid 且符合 MLTC 資格，我們的計劃將安排並支付以下說明的額外健康和社會服務。只要是醫療上必要，您就可以取得這些服務；亦即這些服務是預防或治療您的疾病或障礙所必需。您的照護管理師將協助您識別您所需的服務和醫療服務提供者。在某些情況下，您可能需要轉診或醫囑才能取得這些服務。您必須向 ElderServe at Home 網絡中的醫療服務提供者取得這些服務。如果您無法在我們的計劃中找到醫療服務提供者，必須申請 ElderServe at Home 的核准和事先授權，才能從網絡外醫療服務提供者取得這些服務，但需要緊急醫療或急症照護的情況除外。

當您需要 ElderServe at Home 承保的某項服務但網絡內醫療服務提供者無法提供該服務時，您可以申請使用網絡外醫療服務提供者。我們核准您的申請後，便會向您核發核准信函，並辦理單一個案合約，以便授權和說明由網絡外醫療服務提供者提供的核准服務的數量與持續時間。如果有任何服務未經核准或僅獲得部分核准，我們將向您核發初始不利裁定，說明拒絕的原因並概述上訴流程。

### **取得其他承保服務**

如需取得下文所述各項服務，請致電本計劃 1-800-370-3600（聽障專線：711）聯絡您的 ElderServe at Home 照護管理師。耐用醫療設備和用品、復健治療等特定項目必須取得



ElderServe at Home 對於各項服務的事先授權，並由您的照護管理師與 ElderServe 部門協調處理。若要申請事先授權，您或您的醫生應致電 1-800-370-3600（聽障專線：711）聯絡 ElderServe at Home。

- 復健門診
- 個人照護（例如：沐浴、餵食、穿衣、如廁與行走等協助）
- **Medicare 不承保的居家保健服務**，包括看護、居家健康助理，職業、物理和語言治療
- 營養
- 醫療社會服務
- 送餐到家和/或定點（例如日間照護中心）共餐
- 社交型日間照護

#### 私人看護

- **牙科\***（如需瞭解承保的其他牙科服務，請參閱本手冊插頁第 24 頁；對於假牙和植牙更換需求，您僅需諮詢牙醫即可確定是否有必要。）
- **社會/環境支援**（例如家務服務、居家改造或臨時照護）
- 個人緊急應答系統
- 成人日間健康照護
- **Medicare 未承保的療養院照護（前提是您符合 Medicaid 機構性福利的資格）**
- 聽力\*
- DME
- 醫療用品
- 義肢和矯形器
- 視光\*
- 消費者引導式個人協助服務
- 足部醫療
- 呼吸治療

\* 下列三 (3) 類服務不需要 ElderServe at Home 的事先授權：

- 聽力 – 每年一次常規聽力檢查；
- 牙科 – 每年最多兩次常規牙齒檢查，以及緊急情況牙科護理；
- 視力測定與眼鏡 – 每兩年一次常規視力檢查（含價值高達 \$100 的眼鏡鏡框）

#### 限制

腸內配方和營養補充品僅適用於無法透過任何其他方法獲得營養者，且必須符合下列情況：

1. 無法咀嚼或吞嚥食物且必須使用飼管從配方中獲得營養的管飼人士；**以及**
2. 需要特殊醫療配方以提供無法透過任何其他方式獲得基本營養物質的罕見先天性代謝失調人士；

特定胺基酸和有機酸新陳代謝遺傳性疾病的承保範圍，應包括低蛋白質或含改造後蛋白質的改造固體食品。

療養院照護承保對象是認定為永久安置至少三個月者。該期間之後，您的療養院照護可透過一般 Medicaid 承保，且您將從 ElderServe at Home 退保。

### **在服務區外獲得照護**

當您在保險服務區以外旅行時，請務必告知照護管理師。如果您發現自己需要承保地區外的服務，應聯絡照護管理師，以便其協助您安排服務。

### **緊急服務**

緊急服務是指對您的健康造成嚴重威脅的突發狀況。若發生緊急醫療情況，請撥打 911。如上文所述，緊急服務無需事先授權。但是，您應在緊急情況發生後 24 小時內通知 ElderServe at Home。您可能需要只能透過 ElderServe at Home 提供的長期照護服務。

若您已住院，家人或其他照護者應在您入院後 24 小時內聯絡 ElderServe at Home。照護管理師將視需要暫停您的居家照護服務，並取消其他約診。請務必通知您的主治醫師或醫院出院規劃師聯絡 ElderServe at Home，以便我們與他們合作以規劃您出院後的照護。

### **過渡照護程序**

若醫療服務提供者接受計劃費率的付款金額、遵守 ElderServe at Home 的品質保證和其他政策，並向您的計劃提供關於照護的醫療資訊，ElderServe at Home 的新會員就可以從投保網絡外健康照護提供者開始，在過渡期間持續接受進行中的療程，最多 60 天。

如果您的醫療服務提供者退出網絡，若該提供者接受計劃的付款費率，遵守計劃品質保證和其他政策，並向計劃提供關於照護的醫療資訊，則您可以在最長 90 天的過渡期內繼續接受進行中的治療。

### **MONEY FOLLOWS THE PERSON (MFP)/OPEN DOORS**

本節將說明可透過 **Money Follows the Person (MFP)/Open Doors** 取得的服務和支援。**MFP/Open Doors** 是一個協助您從療養院搬回自家或社區住所的計劃。若您具備下列條件，即符合 **MFP/Open Doors** 資格：

- 已在療養院居住三個月或以上
- 有醫療方面的需求，且該需求可透過社區中的服務來得到滿足

**MFP/Open Doors** 設有稱為過渡期專家和同伴的工作人員，可與您在療養院會面並討論關於搬回社區的事宜。過渡期專家和同伴與照護管理師、出院規劃師不同。他們可以協助您下列事項：

- 提供關於社區中服務和支援的資訊
- 尋找社區中提供的服務，協助您獨立生活
- 在您搬家後拜訪或致電聯絡您，確保您居家所需物品都已齊全

有關 **MFP/Open Doors** 的更多資訊，或若要安排過渡期專家或同伴上門拜訪，請致電紐約獨立生活協會，電話：1-844-545-7108，或傳送電子郵件至 [mfp@health.ny.gov](mailto:mfp@health.ny.gov)。您也可以瀏覽 **MFP/Open Doors** 的網站：[www.health.ny.gov/mfp](http://www.health.ny.gov/mfp) 或 [www.ilny.us](http://www.ilny.us)。

### **我們計劃未承保的 MEDICAID 服務**

有些 Medicaid 服務不屬 ElderServe at Home 承保範圍，但一般 Medicaid 可能有承保。您可以使用 Medicaid 福利卡，從任何 Medicaid 的醫療服務提供者獲得這些服務。如果您有關於某個福利由 ElderServe at Home 還是 Medicaid 承保的疑問，請致電 1-800-370-3600（聽障專線：711）聯絡會員服務部。可使用 Medicaid 福利卡由 Medicaid 承保的部分服務包括：

### **藥房**

如果您有 Medicare，則一般 Medicaid 或 Medicare D 部分承保大部分處方藥物和非處方藥物，以及複合處方藥物。

### **某些精神健康服務，包括：**

- 強化精神康復治療
- 日間治療
- 長期嚴重精神疾病病例管理（由州或當地精神健康部門資助）
- Medicare 不承保的部分醫院護理
- 為身處社區之家或正在接受居家治療的人提供的康復服務
- 持續性日間照護

- 主動式社區治療
- 以康復為主導的個人化服務

**特定智能和發育障礙服務，包括：**

- 長期治療
- 日間治療
- Medicaid 服務協調
- 在居家和社區服務豁免計劃下所接受的服務

**其他 Medicaid 服務，包括：**

- 美沙酮治療
- TB（肺結核）直接觀察治療
- HIV COBRA 個案管理
- 計劃生育  
特定醫療必要的排卵增強藥物（符合標準時）。
- 非緊急醫療接送服務 (NEMT)（詳情請參閱 NEMT 手冊插頁第 24 頁）

**ELDERSERVE AT HOME 或 MEDICAID 未承保的服務**

如果您的醫療服務提供者事先告知這些服務不在 ElderServe at Home 或 Medicaid 承保範圍內，而且您同意支付其費用，您就必須支付未承保的服務費用。ElderServe at Home 或 Medicaid 未承保的服務範例包括：

- 不具備醫療必需性的整容手術
- 個人及舒適用品
- 不屬於計劃之醫療服務提供者所提供的服務（除非 ElderServe at Home 將您送至該醫療服務提供者）

如有任何疑問，請致電 1-800-370-3600（聽障專線：711）聯絡會員服務部。

**服務授權、行動與行動上訴**

當您請求核准一項治療或服務時，這稱為**服務授權申請**。若要提交服務授權申請，您必須聯絡照護管理師說明您的申請。您或您的醫療服務提供者可撥打我們的免付費會員服務部電話號碼 1-800-370-3600（聽障專線：711），或寄送您的書面申請至：ElderServe at Home, 80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, NY 10463

我們會授權特定金額和特定期間的服務。這稱為**授權期**。

## 事先授權

接受部分承保服務前或為了持續接受該等服務，必須經過 ElderServe 照護管理部門照護管理師的**事先授權**（事先核准）。您或某個您信任的人可以要求此事先授權。下列治療和服務必須經過事先核准才能獲得：

- 成人日間健康照護
- 消費者引導式個人協助服務
- 牙科服務\*
- 耐用醫療設備
- 聽力服務\*
- 送餐到家和定點共餐
- 居家保健服務
- 醫療和手術用品、腸內/靜脈配方、營養補充品、助聽器電池
- 醫療社會工作服務
- 居家健康照護相關的護理服務
- 療養院照護（需有 Medicaid 機構性福利）
- 營養諮詢
- 個人照護服務
- 個人緊急應答系統
- 義肢、裝具和矯形鞋
- 呼吸治療
- 社會和環境支援
- 社交型日間照護，提供載送服務
- 透過遠程醫療提供的服務
- 居家和在其他定點進行的治療，包含物理治療、職能治療和語言治療
- 視力服務和眼鏡\*
- 足部醫療（足部照護）

\* 下列服務不需要事先授權：

- 牙科：每年最多兩次常規檢查，以及緊急牙科照護；
- 聽力：每年一次例行檢查；
- 視力測定與眼鏡：每兩年一次常規視力測定檢查；包括最多 \$100 的眼鏡鏡框。

事先授權申請是由您的照護管理師處理。若要申請事先授權，您或您的醫生應致電 1-800-370-3600（聽障人士可致電 711）聯絡 ElderServe at Home。

### **同步審查**

您也可以向 ElderServe 照護管理部門的照護管理師申請獲得比現在更多的服務。這稱為**同步審查**。

### **回溯性審查**

有時我們會審查您正在接受的照護，以確認您是否仍需要該照護。我們也可能對您已經獲得的其他治療和服務進行審查。這稱為**回溯性審查**。我們執行這些審查時，會向您告知。

### ***我們收到您的服務授權申請後，會發生什麼事？***

本計劃有審查團隊可確保您取得我們承諾的服務。醫生和護理師皆為審查團隊的成員。他們的職責是確保您要求的治療或服務是醫療上必要且適合您。他們會依據可接受的醫療標準來檢查您的治療計劃，以完成上述工作。

我們可能會決定拒絕服務授權申請，或以低於要求的金額來核准。這些決定將由合格的健康照護專業人員進行。若我們判定所請求的服務不具有醫療必需性，則決定將由臨床同行審查員作出，該人士可能為經常提供您所請求之護理的醫生、護士或健康照護專業人員。您可請求使用特定醫療標準（稱為**臨床審查標準**），該標準用來對與醫療必需性相關的行動作出決定。

我們收到您的申請後，將依照**標準**或**快速**流程進行審查。若您或您的醫生認為延遲會對您的健康造成嚴重傷害，你們可申請**快速審查**。倘若您的**快速審查**申請被拒絕，我們會告訴您，並且您的申請將按標準審查流程予以處理。對於所有個案，我們將依您的醫療狀況所需盡快審查您的要求，但不會晚於下列指出的期限。

### ***事先授權申請的期限***

- **標準審查**：我們會在收到所有所需資訊後的 3 個工作日內，針對您的要求作出決定，但您會在我們收到要求後不晚於 14 天內收到通知。如果我們需要更多資訊，則會在第 14 天結束之前告訴您。
- **快速審查**：我們會在 72 小時之內作出決定，您也會在 72 小時內收到通知。如果我們需要更多資訊，則會在 72 小時內告知您。

### **同步審查申請的期限**

- **標準審查：**我們會在收到所有所需資訊後的 1 個工作日內作出決定，但您會在我們收到您的要求後不晚於 14 天內收到通知。
- **快速審查：**我們會在收到所有所需資訊後的 1 個工作日內作出決定。您會在我們收到要求後的 72 小時內收到通知。如果我們需要更多資訊，則會在 1 個工作日內告知您。

**如果我們需要更多資訊，以便對您的服務要求進行標準或快速決定，則上述期限可延長最多 14 天。**

**我們將：**

- 致函告訴您需要哪些資訊。如果您的申請屬於快速審查，我們就會立即致電給您，並在稍後寄送書面通知。
- 告訴您為何延遲處理符合您的最佳利益。
- 在獲得必要資訊後，儘快作出決定，但不會晚於我們請求提供更多資訊之日起 14 天。

您、您的醫療服務提供者或您信任的人也可以要求我們多花些時間作出決定。這可能是因為您要向計劃提供更多資訊，以協助決定您的個案。若要這麼做，您可以致電

1-800-370-3600（聽障專線：711）聯絡我們的計劃或寫信至 ElderServe at Home, Service Authorizations, 80 West 225<sup>th</sup> St., Bronx, NY 10463。

如果您不同意我們決定需要更多時間來審查您的要求，則您或您信任的人可以向計劃提出投訴。您或您信任之人還可透過致電 1-866-712-7197，就審核時間向紐約州衛生部提出投訴。

**如果我們同意您的部分或全部請求，我們就會授權服務或為您提供請求的項目。**

**如果我們拒絕您的部分或全部請求，我們將向您發出書面通知說明拒絕的原因。請參見「*如何對行動提出上訴？*」，瞭解當您不同意我們的決定時該如何提出上訴。**

### **什麼是行動？**

若 ElderServe at Home 拒絕或限制您或您的醫療服務提供者要求的服務；拒絕轉診要求；決定所要求的服務不屬於承保福利；限制、減少、暫停或終止我們已授權的服務；拒絕為服務付款；未及時提供服務；或未在規定的期限內作出投訴或上訴裁定；這些都視為計劃「行動」。行動可訴諸上訴。（請查閱以下「*如何對行動提出上訴？*」瞭解更多資訊。）

## 行動通知的時間安排

若我們決定拒絕或限制您要求的服務，或決定不支付某個承保服務的全部或部分費用，就會在作出決定時寄通知給您。若我們擬限制、減少、暫停或終止已授權的服務，則會在預期變更服務前至少 10 天寄送信函給您。

## 行動通知內容

我們寄給您關於行動的任何通知將會：

- 解釋我們已採取或預期採取的行動；
- 註明該行動的原因，包含臨床依據（若有）；
- 說明您向我們提出上訴的權利（包括您是否也可能有權採取州的外部上訴流程）；
- 請說明如何提出內部上訴，以及何種情況下您可要求我們加速（加快）我們審查您的內部上訴；
- 若涉及醫療必要性的議題，或所涉及之治療或服務屬於實驗性或研究性，就會說明作出此決定所依據的臨床審查標準；**以及**
- 說明必須由您和/或您的醫療服務提供者提供以便讓我們對上訴作出決定的資訊（若有）。

該通知也將告知有關您申請上訴和要求舉行州公平聽證會的權利：

- 它將說明上訴與公平聽證會之間的區別；
- 它將說明申請公平聽證會之前，您必須提出上訴；**以及**
- 它將說明如何提出上訴。

如果我們減少、暫停或終止已授權的服務，該通知也會告知關於您在上訴裁定期間持續接受服務的權利。若要持續接受服務，您必須在通知上日期或擬定行動預期生效日期的 10 天內要求上訴，以較晚者為準。

## 如何對行動提出上訴？

如果您不同意我們採取的行動，您可以上訴。您提出上訴時，就表示我們必須再次審查我們的行動理由，以決定我們是否正確。您可口頭或書面向計劃提出行動上訴。計劃寄給您關於計劃採取行動的信函時（例如：拒絕或限制服務、或不支付服務費用），您必須在通知上日期的 60 天內提出上訴要求。若我們減少、暫停或終止已授權的服務，而您希望在上訴決定期間繼續接受服務，則您必須在通知上日期或擬定行動預期生效日期的 10 天內要求上訴，以較晚者為準。

## 如何聯絡我的計劃提出上訴？



聯絡我們的方式包括致電我們的品質部門（電話 1-800-370-3600，聽障專線：711）或寫信至 ElderServe at Home Attn:Quality Department, 80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, NY 10463。收到您上訴的人員將予以記錄，並由適當的工作人員監督上訴的審查。我們會寄送通知，向您告知我們已收到上訴，以及處理的流程。負責審查您上訴的臨床人員具備足夠的專業知識，且未參與計劃初始決定或您要上訴的行動。

### **對於某些行動，您可申請在上訴期間繼續接受服務**

如果您因限制、減少、暫停或終止您正獲授權接受的服務而提出上訴，您必須向計劃提出上訴，以便在上訴決定期間持續接受這些服務。如果您在通知限制、減少、暫停或終止服務日期或擬定行動預期生效日期的 10 天內（以較晚者為準）向計劃提出上訴，我們就必須持續提供您的服務。如要瞭解如何提出計劃上訴，及尋求後續援助，請參見上文「**如何對行動提出上訴？**」一節。

雖然您可要求持續接受服務，但若該計劃上訴的決定不利於您，且倘若這些服務的提供只因您要求在個案審查期間持續接受服務，則我們可能會要求您支付這些服務費用。

### **計劃對我的行動之上訴作出裁決需要多少時間？**

除非您要求快速審查，否則我們會以標準上訴方式審查您對我們採取之行動提出的上訴。我們會依據您的健康狀況所需盡快寄送書面決定給您，但不晚於我們收到上訴後的 30 天。（如果您要求延長或我們需要更多資訊，且該等延遲有利於您，則審查期間最多可增加 14 天。）審查期間，您將有機會親自和書面陳述個案。我們也會將上訴審查中的記錄寄給您。

我們將寄送上訴決定的相關通知給您，說明我們做的決定以及達成該決定的日期。

如果我們推翻拒絕或限制所要求服務，或是限制、減少、暫停或終止服務的決定，而在上訴等候決定期間未提供該服務，則我們會依據您的健康狀況所需盡快為您提供該爭論的服務。對於某些個案，您可要求「快速」上訴。（請參閱下方「**快速上訴流程**」一節。）

### **快速上訴流程**

如果您的上訴是要求更多您正在接受的服務，我們將一律加快審查。如果您或您的醫療服務提供者認為，等候標準上訴的時間可能導致您健康或生命的嚴重問題，則可申請快速審查您的上訴。我們會在收到所有必要資訊後的 2 個營業日內向您答覆我們的決定。無論情況為何，我們都會在收到您上訴後的 72 小時內核發決定。（如果您要求延長或我們需要更多資訊，且該等延遲有利於您，則審查期間最多可增加 14 天。）

如果我們不同意加快上訴要求，就會竭盡所能親自聯絡您，告知您我們已拒絕您的快速上訴申請，並且會以標準上訴處理。此外，我們會在收到您申請的 2 天內寄送書面通知給您，說明我們拒絕您快速上訴的決定。

### **如果計劃拒絕我的上訴，我該怎麼辦？**

如果我們對您的上訴決定不完全有利於您，則您收到的通知將說明您要求舉行紐約州 Medicaid 公平聽證會的權利，以及如何申請公平聽證會、誰可代表您出席公平聽證會，以及您針對某些上訴可在聽證會裁定等候期間要求接受服務的權利，以及如何提出該等要求。

**註：**您必須在最終不利裁決通知所載日期後 120 天內申請召開公平聽證會。如果我們因醫療必要性議題或因為所涉及服務屬於實驗性或研究性而拒絕您的上訴，該通知也將說明如何要求紐約州舉行針對我們決定的「外部上訴」。

### **州公平聽證會**

如果我們拒絕您的計劃上訴或未能在上文「**計劃對我的行動上訴作出裁決需要多少時間？**」一節下指明的時限內提供最終不利裁決通知，您可向紐約州政府申請召開公平聽證會。公平聽證會可駁回我們的決定。您必須在我們寄給您最終不利裁決通知日期後 120 天內要求舉行公平聽證會。如果我們減少、暫停或終止已授權的服務，而您想確保在等候公平聽證會決定期間持續接受服務，則您必須在最終不利裁決通知日期的 10 天內提出舉行公平聽證會的要求。

您的福利將持續提供到您撤銷公平聽證會，或該州公平聽證會官員核發的聽證決定不利於您為止，以先發生者為準。

若該州公平聽證會官員推翻我們的決定，我們就必須確保您立即接受所爭論的服務，且依據您的健康狀況所需盡快提供。如果您在上訴決定等候期間接受了所爭論的服務，我們將負責支付公平聽證會官員裁定的承保服務費用。

雖然您可要求在等候公平聽證會決定期間持續接受服務，但若公平聽證會決定不利於您，您可能就必須支付公平聽證會所裁定之該等服務的費用。

您可聯絡臨時和身心障礙援助辦公室 (OTDA) 要求舉行州公平聽證會：

- 線上申請表：[申請聽證會 | 公平聽證會 | OTDA \(ny.gov\)](#)
- 寄送列印的申請表：

NYS Office of Temporary and Disability Assistance

Office of Administrative Hearings  
Managed Care Hearing Unit  
P.O. Box 22023  
Albany, New York 12201-2023

- 傳真列印的申請表：(518) 473-6735
- 透過電話提出申請：
  - 標準公平聽證會專線：1 (800) 342-3334
  - 緊急公平聽證會專線：1 (800) 205-0110
  - 聽障專線：711（請要求接線員撥打 1 (877) 502-6155）

- 親自提出申請：
  - New York City**  
14 Boerum Place, 1<sup>st</sup> Floor  
Brooklyn, New York 11201
  - Albany**  
40 North Pearl Street, 15th Floor  
Albany, New York 12243

如需更多有關申請舉行公平聽證會的資訊，請前往：<http://otda.ny.gov/hearings/request/>。

## 州外部上訴

如果我們拒絕您的上訴，理由是我們裁定該服務非醫療上所需，或該服務屬於實驗性或研究性，則您可提出紐約州外部上訴。外部上訴將由非為我們或紐約州工作的審查員作出決定。這些審查員是紐約州認可的合格人士。您無需支付任何外部上訴費用。

我們因缺乏醫療必要性或因該服務屬於實驗性或研究性而作出拒絕上訴之決定時，將為您提供如何提出外部上訴的資訊，包括提出外部上訴的表格與我們拒絕上訴的決定。如果您希望提出外部上訴，就必須在我們拒絕上訴之日期起四個月內向紐約州財政服務部提交表格。

您的外部上訴將在 30 天內作出決定。如果外部上訴審查員要求提供更多資訊，則可能會需要更多時間（最多 5 個營業日）。審查員會在作出決定後兩個營業日內將最終決定告知您和我們。

若您的醫生可以指出延遲會對您的健康導致嚴重危害，您就可以更快取得決定。這稱為快速外部上訴。外部上訴審查員會在 72 小時或更短時間內對快速上訴作出決定。審查員會立即透過電話或傳真，將決定告知您和我們。之後，我們會致函告訴您此決定。

您可以同時要求舉行公平聽證會和申請外部上訴。如果您要求舉行公平聽證會和申請外部上訴，則以公平聽證會官員的決定為「最終依歸」。

## **投訴和投訴上訴**

ElderServe at Home 會竭盡所能盡快處理您的疑慮或問題，並讓您滿意。依問題種類而定，您可以使用我們的投訴流程或上訴流程。

您的服務、ElderServe at Home 工作人員或健康照護提供者對待您的方式不會因為您提出投訴或上訴而有所改變。我們會維護您的隱私。我們將為您提供提出投訴或上訴可能需要的任何協助。其中包括為您提供口譯員服務，或您有視力和/或聽力問題時的相關協助。您可以選擇他人（例如親戚、朋友或醫療服務提供者）代表您行事。

若要提出投訴，請致電品質部門電話 **1-800-370-3600**（聽障專線：711）或寫信至：**ElderServe at Home Attn:Quality Department, 80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, NY 10463**。聯絡我們時，您必須向我們提供姓名、地址、電話號碼與問題詳情。

### ***什麼是投訴？***

投訴是您向我們表達，對於從我們的工作人員或承保服務醫療提供者接受之照護與治療感到不滿意的任何溝通。例如，如果有人對您無禮、未如約出現，或您對於我們提供的照護或服務品質感到不滿意，您就可以向我們提出投訴。

### ***投訴流程***

您可以透過口頭或書面方式向我們提出投訴。收到您投訴的人員將予以記錄，並由適當的計劃工作人員監督此投訴的審查。我們將寄送信函給您，告知您我們已收到投訴並說明審查流程。我們會審查您的投訴，並在以下兩個期限之一以內為您提供書面答覆。

1. 如果延遲可能會使您健康的風險大幅增加，我們就會在收到必要資訊後的 **48** 小時內作出決定，但必須在收到投訴後 **7** 天內完成流程。
2. 對於所有其他類型的投訴，我們會在收到必要資訊後的 **45** 天內向您告知我們的決定，但必須在收到投訴後 **60** 天內完成流程。如果您要求延長或我們需要更多資訊，且該等延遲有利於您，則審查期間最多可增加 **14** 天。

我們的答覆將說明審查您投訴時的發現，以及就您的投訴所做的決定。

### ***如何對投訴決定提出上訴？***

如果您對決定（我們就您的投訴所做的決定）不滿意，您可以提出投訴上訴，要求第二次審查您的問題。您必須透過口頭或書面方式向我們提出投訴上訴。請務必在收到我們就您投訴

所作之初始決定的 **60** 個營業日內提出上訴。收到您的上訴後，我們會在 **15** 個營業日內寄送書面確認給您，告知您已指派回覆上訴之人員的姓名、地址和電話號碼。所有投訴上訴皆由未參與首次投訴裁決的適當專家處理，包括處理涉及臨床問題申訴的醫療護理專家。

對於標準投訴上訴，我們會在收到作出決定所需的所有必要資訊後的 **30** 個營業日內作出上訴決定。如果延遲作出決定可能會使您的健康風險大幅增加，我們將使用快速投訴上訴流程。對於快速投訴上訴，我們會在收到必要資訊後的 **2** 個營業日內作出上訴決定。對於標準與快速投訴上訴兩者，我們都會向您提供書面通知，就您的投訴上訴說明我們的決定。該通知將內含決定的詳細理由；若涉及臨床議題，還會說明我們做此決定的臨床理由。

### **參保者監察官**

參保者監察官，也稱獨立消費者維權網絡 (ICAN)，是一個獨立的組織，負責向紐約州的長期照護接受者提供免費的監察官服務。您可以免費獲得有關承保範圍、投訴和上訴選項的建議。他們可以幫助您管理上訴流程。他們也可以在您投保 MLTC 計劃（例如 ElderServe at Home）之前提供支援。此支援包括公正的健康計劃選擇諮詢和一般計劃相關資訊。請聯絡 ICAN 深入瞭解其服務：

- 電話：1-844-614-8800（聽障轉接服務：711）
- 網址：[www.icannys.org](http://www.icannys.org) | 電子郵件：[ican@cssny.org](mailto:ican@cssny.org)

### **退保 ELDERSERVE AT HOME MLTC 計劃**

您不會基於下列任一原因而退保 MLTC 計劃：

- 頻繁使用承保醫療服務
- 現有疾病或健康狀況的變化
- 心智能力退化或因您特殊需求導致的不合作或擾亂性行為，除非這種行為導致您不再符合 MLTC 資格。

### **自願退保**

您可以因為任何理由隨時要求退保 ElderServe at Home。

如需申請退保，請致電 1-800-370-3600 或寫信給我們。本計劃會針對您的請求提供一份書面確認函。我們將隨函附上一份自願退保表格，請您簽署並寄回給我們。視收到申請的日期而定，可能需要最多六週的時間處理。您可以退保並投保一般 Medicaid，或只要您符合資格，也可加入另一個健康計劃。如果您持續需要 CBLTSS（例如個人護理），您就必須加入另一個 MLTC 計劃、Medicaid 管理式照護計劃或家庭和社區豁免計劃，才能接受 CBLTSS。

## 轉換

您可以試用我們的計劃 90 天。您可以在這段時間內隨時退保 **ElderServe at Home**，並轉換加入其他計劃。如果您在最初的 90 天內未退保，則除非有充分的理由（正當的理由），否則您必須持續投保 **ElderServe at Home** 9 個月。

- 您搬出我們的服務區。
- 您、本計劃以及您所在縣的社會服務部門或紐約州衛生部均同意，退保 **ElderServe at Home** 最適合您。
- 您目前的居家照護提供者無法配合我們的計劃。
- 我們必須遵照與州政府簽訂的合約，因此我們無法為您提供服務。

如果您符合資格，可以在沒有正當理由的情況下隨時更改為另一種管理式長期照護計劃，例如 **Medicaid Advantage Plus (MAP)** 或 **Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)**。

若要變更計劃：請致電 1-888-401-6582 聯絡 **New York Medicaid Choice**。**New York Medicaid Choice** 顧問可以幫助您變更健康計劃。

投保新計劃後，可能需要二至六週的時間才能生效。您會收到 **New York Medicaid Choice** 的通知，告知投保新計劃的日期。在此之前，**ElderServe at Home** 會為您提供所需的照護。

如果因為轉換計劃所花的時間會危害您的健康，而需要採取更快速的行動，請致電 **New York Medicaid Choice**。如果您已告知 **New York Medicaid Choice** 您不同意投保 **ElderServe at Home**，也可以請他們採取更快速的行動。

## 非自願退保

非自願退保是由 **ElderServe at Home** 發起退保。如果您沒有要求自願退保，我們就必須在得知您符合任何非自願退保原因之日期的五 (5) 個營業日內，進行非自願退保。

**如果您符合以下條件，就必須退保 ElderServe at Home：**

- 不再符合參加 **Medicaid** 的資格。
- 永久搬離 **ElderServe at Home** 服務區。
- 離開計劃服務區連續 30 日以上。
- 需要療養院照護，但不符合 **Medicaid** 機構性福利的資格。
- 連續住院四十五 (45) 天及以上。

- 連續入住精神健康辦公室 (OMH)、發育障礙人士服務辦事處或戒癮服務與支援辦事處主辦的住宿計劃服務機構或 OMH 州設心理治療中心達四十五 (45) 天及以上。
- 已經過評估證實，不再有 (CBLTSS) 的功能性或臨床需求。
- 只有 Medicaid，且透過指定評估工具判定不再符合療養院級別的照護。
- 僅接受社交型日間照護服務。
- 不再需要在一個日曆月內接受至少一個 CBLTSS。
- 受到監禁。
- 在關於您會員資格的任何本質方面，您提供偽造的資訊給本計劃，或試圖欺騙本計劃，或進行任何詐欺行為。

**若您有下列情形，我們可以要求您退保 ElderServe at Home：**

- 家庭成員或非正式的照護者或家中其他人員從事嚴重妨礙本計劃提供服務的舉止或行為
- 未能在到期日後的 30 天內，向計劃支付或安排付款（由當地社會服務部判定）作為合理支出抵降保費/剩餘費用的金額。我們會為催收費用作出合理努力。

ElderServe at Home 在進行非自願退保之前，會經過 New York Medicaid Choice (NYMC) 或州指定機關的核准。退保的生效日期將在您不具備符合投保條件資格的次月一日。如果您持續需要 CBLTSS，就必須選擇其他計劃，或者會自動將您指派（自動指派）至其他計劃。

## **文化和語言能力**

ElderServe at Home 尊重您的信仰，且審慎對待文化多樣性。我們尊重您的文化和文化身份認同，並致力於消除文化差異。我們維護文化共融的稱職醫療服務提供者網絡，並提倡和確保為所有會員以文化上適宜的方式提供服務。其對象包括但不限於英語能力有限者、具備多元文化和種族背景者，以及具備多元信仰社群者。

## **會員權利與責任**

ElderServe at Home 將致力於確保所有會員均受到有尊嚴和尊重的對待。投保時，照護管理師將為您說明您的權利與責任。如果您要求口譯服務，照護管理師將進行安排。工作人員將致力於協助您行使權利。

### **會員權利**

- 您有權接受具有醫療必需性的照護。

- 您有權及時獲得照護和服務。
- 您對您的醫療記錄及接受治療的時間享有隱私權。
- 您有權以您能夠瞭解的方式和語言，瞭解可供選擇的治療選項與替代方案。
- 您有權以您能夠瞭解的語言取得資訊；您可以免費獲得口譯服務。
- 您有權在治療開始前取得必要資訊，以便提供知情同意。
- 您有權受到尊重和有尊嚴的對待。
- 您有權取得您的病歷副本，並要求修改或更正。
- 您有權參與關於您醫療保健的決定，包含拒絕治療的權利。
- 您有權不受到用作強迫、訓誡、便利或報復手段的任何形式的限制或隔離。
- 您有權獲得照護，不因為性別、種族、健康狀況、膚色、年齡、原國籍、性傾向、婚姻狀況或宗教信仰而有所差別對待。
- 您有權瞭解在何處、何時以及如何從您的管理式長期照護計劃獲得所需的服務，包括如何從計劃網絡中不提供的網絡外提供處獲得承保福利。
- 您有權向紐約州衛生部或當地社會服務部申訴。
- 您有權使用紐約州公平聽證系統，和/或在適當情況下申請紐約州外部上訴。
- 您有權指派某人在您的照護和治療方面替您發言。
- 您有權尋求參保者監察官計劃的協助。

## **會員責任**

- 透過 ElderServe at Home 接受承保服務。
- 使用 ElderServe at Home 網絡醫療服務提供者，獲得網絡醫療服務提供者範圍內提供的承保服務。



- 就承保服務取得事先授權，但已預先批准的承保服務或緊急情況除外；在健康狀況發生變化時就醫。
- 與您的健康照護醫療服務提供者分享完整和準確的健康資訊。
- 如果您的健康狀況發生任何變化，請告知 **ElderServe at Home** 工作人員；若不瞭解或無法遵從指示，也請讓我們知道。
- 遵從 **ElderServe at Home** 工作人員建議的照護計劃（參考您的意見制定）。
- 與 **ElderServe at Home** 工作人員合作並尊重他們，且不會因為種族、膚色、原國籍、宗教、性別、年齡、智能或體能、性傾向或婚姻狀況而對 **ElderServe at Home** 工作人員有所歧視。
- 請在接受非承保服務或非預先核准服務的兩個營業日內通知 **ElderServe at Home**。
- 您無法在家接受已安排的服務或照護時，請事先通知您的 **ElderServe at Home** 健康照護團隊。
- 在永久搬離服務區或長時間離開服務區之前，請通知 **ElderServe at Home**。
- 如果您拒絕接受治療或拒絕遵從照護者的指示，請自行承擔責任。
- 履行您的財務義務。

## 預立醫療指示

預立醫療指示為合法文件，可確保您在遇到無法為自己做決定的情況時，能夠依照您的要求行事。預立醫療指示可以透過健康照護授權書、生前遺囑或放棄急救同意書等形式提供。在特定情況下，這些文件可以指示提供您希望的照護，和/或授權一位特定家人或朋友代表您做決定。

您有權依照自己的意願作出預立醫療指示。如果因為疾病或傷害而無法再與醫療服務提供者以明確的方式進行溝通，則對您而言，寫下您希望如何持續進行照護是最重要的。請聯絡您的照護管理師以取得填寫這些文件的協助。如果您已有預立醫療指示，請提供一份給您的照護管理師。

## 應要求提供的資訊

- 有關 **ElderServe at Home** 架構和經營的資訊。

- 授權服務時，有關特定健康狀況的特定臨床審查標準和 ElderServe at Home 考量的其他資訊。
- 關於受保護健康資訊的政策和程序。
- 關於品質保證和績效改進計劃的組織安排和現行程序的書面描述。
- 醫療服務提供者資格認證政策。
- ElderServe at Home 審定財務報表的最新副本；ElderServe at Home 為判定醫療服務提供者資格而使用的政策和程序。

## **電子通知選項**

ElderServe at Home 和我們的供應商可以透過電子方式（而不是透過電話或郵件）向您發送有關服務授權、計劃上訴、投訴和投訴上訴的通知。

ElderServe at Home 可透過電子郵件向您傳送這些通知。

如果您想以電子方式取得這些通知，您必須向我們提出要求。若要索取電子通知，請透過電話、電子郵件或郵寄與我們聯絡：

電話..... 1-800-370-3600；聽障人士可致電 711  
 電子郵件 ..... [RecordsRequest@elderservehealth.org](mailto:RecordsRequest@elderservehealth.org)  
 郵寄..... 80 West 225 St., Bronx, NY 10463

聯絡我們時，您必須：

- 告知我們您希望如何獲取通常透過郵件寄送的通知，
- 告知我們您希望如何獲取通常透過電話提供的通知，以及
- 向我們提供您的聯絡資訊（手機號碼、電子郵件地址、傳真號碼等）。

ElderServe at Home 將透過郵件告知，您已要求以電子方式獲取通知。

## **其他牙科服務**

自 **2024 年 1 月 31 日** 起，ElderServe At Home 將在特定情況下承保牙冠和根管治療，以便您可以保留更多天然牙。

此外，更換假牙和植牙只需要牙醫的建議即可確定是否具有必要性。這將使您更容易獲得這些牙科服務。

如需進一步瞭解這些服務，請於上午 9:00 至下午 5:00 致電 1-800-370-3600 聯絡會員服務部，聽障人士請撥打 711。

## **非緊急醫療接送**

自 2024 年 3 月 1 日起，ElderServe at Home 為您承保的計劃福利中將不再包含非緊急接送服務。為投保 ElderServe at Home（一項管理式長期照護 Partial Capitation 計劃）的會員提供的非緊急醫療接送服務現在將由紐約州衛生部州級載送服務經紀公司安排，稱為 Medical Answering Services (MAS)。這不會對您的任何其他醫療福利有任何影響。

若要在 2024 年 3 月 1 日或之後安排非緊急醫療接送，您或您的醫療服務提供者必須聯絡 MAS：<https://www.medanswering.com/>，或致電 **844-666-6270**（州南部）或 **866-932-7740**（州北部）。您或您的醫療服務提供者應儘可能在約診前至少提前三天聯絡 MAS，並提供您的約診詳細資訊（日期、時間、地址和醫療服務提供者姓名）以及您的 Medicaid ID 號碼。

若要瞭解有關這些服務的更多資訊，請瀏覽[衛生部交通接送網頁](#)。

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-370-3600 TTY:711	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-370-3600 TTY: 711.	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-370-3600 TTY: 711.	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم هاتف الصم والبكم 1-800-370-3600 TTY:711	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-800-370-3600 TTY: 711.번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-370-3600 (телетайп: TTY: 711).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-370-3600 TTY: 711.	Italian
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-370-3600 TTY: 711.	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-370-3600 TTY: 711.	French Creole
אויפֿמערקזאַם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר איין שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-800-370-3600 TTY: 711.	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer (800) 370-3600 TTY: 711	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-370-3600 TTY: 711.	Tagalog
লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১১-৮০০-৩৭০-৩৬০০ TTY: 711.	Bengali
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-370-3600 TTY: 711.	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-370-3600 TTY: 711.	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-370-3600 TTY: 711	Urdu