

# Medicaid Advantage Plus

## 2024 年會員手冊



# RiverSpring MAP

(HMO D-SNP)

如需更多資訊，請致電與我們聯絡：

**1-800-362-2266**（聽障專線：711）

[www.RiverSpringMAP.org](http://www.RiverSpringMAP.org)

# 目錄

歡迎加入 RIVERSPRING MAP MEDICAID ADVANTAGE PLUS 計劃.....	1
會員服務部所提供的幫助.....	1
<b>MAP 計劃的投保資格.....</b>	<b>2</b>
紐約獨立評估員計劃 (NYIAP) — 初始評估流程.....	2
<b>RIVERSPRING MAP 計劃承保的服務.....</b>	<b>5</b>
成人門診精神健康照護.....	7
成人門診復健型精神健康照護.....	8
適用於符合臨床要求的會員的成人門診復健型精神健康和戒癮服務。 這些服務也稱為 <b>CORE</b> 。.....	8
以社區為主導的康復和激勵 ( <b>CORE</b> ) 服務：.....	8
成人精神健康危機服務.....	8
成人門診戒癮服務.....	9
成人住宿型戒癮服務.....	9
成人住院戒癮康復服務.....	9
我們計劃未承保的 <b>MEDICAID</b> 服務.....	12
<b>RIVERSPRING MAP 或 MEDICAID 未承保的服務.....</b>	<b>14</b>
服務授權、上訴和投訴流程.....	14
退出 <b>RIVERSPRING MAP</b> 計劃.....	30
文化和語言能力.....	31
會員權利與責任.....	31
電子通知選項.....	34

## **歡迎加入 RIVERSPRING MAP MEDICAID ADVANTAGE PLUS 計劃**

歡迎加入 RiverSpring MAP (HMO D-SNP) Medicaid Advantage Plus (MAP) 計劃。本 MAP 計劃專為同時擁有 Medicare 和 Medicaid, 且需要健康服務與社區長期服務和支援 (CBLTSS), 例如居家照護和個人照護, 以盡可能留在家中和社區中生活的人士所設計。

本會員手冊將為您說明自投保 RiverSpring MAP 計劃起, RiverSpring MAP 計劃為您承保的附加福利。手冊還會為您介紹如何請求服務、發起投訴或退出 RiverSpring MAP 計劃。本手冊所述福利是在 RiverSpring MAP Medicare 承保範圍說明書中所述 Medicare 福利之外的新增福利。請將本手冊與 RiverSpring MAP Medicare 的承保範圍說明書一起保存。您需要有這兩份文件才能瞭解哪些服務獲得承保以及如何獲得這些服務。

### **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電話號碼, 服務時間為每週七天, 每天 24 小時。

會員服務部將有專人協助您：

週一至週五

東部時間上午 8:00 至晚上 8:00

致電 1-800-362-2266；聽障專線：711

若您在其他時段需要協助, 請致電 1-800-362-2266；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。

如果您有聽力或視力的特殊需求, 我們很樂意協助您找到符合您需求的服務。如需協助, 我們可以為您閱讀 RiverSpring MAP 文件。為有效與我們溝通, 我們還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免費口譯服務, 包括為身心障礙者提供免費輔助工具和服務, 例如：

- 合格的翻譯員
- 其他格式的書面資訊 (大字體、語音版或其他電子格式)

如果您希望獲取其他語言版本的資訊, 或需要翻譯或其他協助, 請致電會員服務部：1-800-362-2266, 聽障專線：711, 並要求與口譯員交談或請求提供翻譯或其他協助。

## MAP 計劃的投保資格

MAP 計劃適用於同時擁有 Medicare 和 Medicaid 的人士。若您符合以下**所有**要求，您就可能資格加入 MAP 計劃：

- 1) 年滿 **18** 歲及以上,
- 2) 居住在計劃的服務區內，包括布朗士縣、國王縣、納蘇縣、紐約縣、皇后區、里奇蒙縣和威徹斯特縣,
- 3) 擁有 Medicaid,
- 4) 擁有 Medicare A 和 B 部分保險,
- 5) 根據社區健康評估 (CHA), 符合療養院照護級別資格 (於投保之時),
- 6) 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,
- 7) 預計自投保生效之日起超過 120 天內, 需要至少一項下列 Medicaid Advantage Plus 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, **以及**
- 8) 必須投保 RiverSpring MAP Medicare Advantage 雙重資格特殊需求計劃。

您必須從計劃中選擇一位醫生作為您的主治醫生 (PCP)。如果您在日後決定更換您的 Medicare 計劃, 您將必須先退出 RiverSpring MAP。

本手冊所述之承保項目將於您正式加入 RiverSpring MAP 計劃之日起生效。加入 MAP 計劃純屬自願。

### 紐約獨立評估員計劃 (NYIAP) — 初始評估流程

NYIAP 將對有意加入管理式長期照護 (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 MLTC 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，可以讓您可以居家接受 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。

RiverSpring MAP 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的醫療證明文件。若需要更多資訊，小組成員可能將對您進行檢查，或與您討論您的需求。IRP 將針對照護計劃是否符合您的需求，向 RiverSpring MAP 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 MLTC 照護計劃。由於您也加入了同一計劃的 Medicare，因此您選擇合併您的福利並加入 RiverSpring MAP。

### **RiverSpring MAP 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。

當您選擇投保 RiverSpring MAP 時，我們將開始進行投保流程。RiverSpring MAP 將依申請書收件順序受理申請，不會因年齡、性別、種族、宗教信仰、身心障礙或發育遲緩、原國籍、性傾向、健康狀況或醫療服務的花費而予以限制和差別對待。

RiverSpring MAP 將驗核您的資格情況 (Medicaid 和 Medicare) 和投保類型，並在您的居住地安排一次會面，讓我們的一位持照 Medicare 經紀人為您介紹 RiverSpring MAP 計劃。之後，我們的收案護理師將到訪您家中進行一次全面評估，以確定您的醫療保健需求並制定您的照護計劃。收案護理師將與您一起審查擬定的照護計劃，該照護計劃需要徵得您的同意才能繼續投保流程。收案護理師也會聯絡您的醫生，以瞭解您對投保、承保服務以及您的照護計劃的意向情況。

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。投保申請必須在當月 25 號之前提交給 New York Medicaid Choice (NYMC) (紐約州管理式照護投保計劃)，然後提交給 Medicare 和 Medicaid 服務中心 (CMS)，生效日期從下個月的

1 號開始。若您符合既定標準且 Medicaid 保險處於有效狀態，您的投保通常會在下個月的 1 號生效。您將收到一張 RiverSpring MAP 的個人 ID 卡，用於獲取計劃承保的 Medicare 和 Medicaid 服務。請記住，您還需要保留您的常規 Medicaid 卡，才能獲取 RiverSpring MAP 未承保的服務。

## 投保遭拒的流程

如果您有以下情況，您將被拒絕投保 RiverSpring MAP：

- 您不符合上述資格標準；或
- 已投保且不願意從以下計劃中退保：
  - 另一項 Medicaid 管理式照護計劃；或
  - 居家和社區服務豁免計劃；或
  - 臨終關懷計劃；或
  - 紐約州發育障礙人士辦公室 (OPWDD) 所設的機構或豁免計劃；或
- 以往曾非自願地被我們計劃退保；或
- 不同意且未簽署要求的文件。

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

## 撤銷投保申請

您可以在 NYMC 或 CMS 規定的截止日期之前，隨時透過書面或口頭聯絡 RiverSpring MAP 撤回您的投保申請。

- NYMC 的截止日期通常是當月 20 號中午；
- CMS 的截止日期在投保生效日期之前。您亦可致電 1-800-Medicare 撤回申請。

## 初始照護計劃 (POC) 的制定

RiverSpring MAP 將審查 NYIA CHA 和 PO，以便為制定您的個人化照護計劃 (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 NYIA 的 CHA、PO 和您的初始 POC 有效期限均為 12 個月。RiverSpring MAP 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。

## 計劃會員 (ID) 卡

您將在投保生效日期後 14 天內收到 RiverSpring MAP 的身份識別 (ID) 卡。請確認卡片上所有資訊均正確無誤。確保您始終隨身攜帶您的身份識別卡和 Medicaid 卡。如果您的卡丟失或被盜，請撥打 1-800-326-2266（聽障/語障專線：711）聯絡會員服務部。

## **RIVERSPRING MAP 計劃承保的服務**

### **Medicare 承保服務的自付額和共付額**

您接受的包括住院和醫院門診服務、醫生就診、緊急醫療服務和實驗室檢測在內的許多服務均由 Medicare 承保並在 RiverSpring MAP (HMO D-SNP) Medicare 的承保範圍說明書中有所說明。RiverSpring MAP Medicare 承保範圍說明書第 3 章闡明了使用計劃內的醫療服務提供者，以及在需要緊急醫療或急症照護的情況下獲得照護的規則。某些服務設有自付額和共付額。這些金額顯示在 RiverSpring MAP Medicare 承保範圍說明書第 4 章福利表中的「獲得這些承保服務時您必須支付多少費用」一欄之下。由於您已加入 RiverSpring MAP 並且擁有 Medicaid，所以 RiverSpring MAP 將支付這些費用。除了適用於某些藥房物品的費用之外，您不必支付這些自付額和共付額。

如果某些福利有月繳保費（請參閱 RiverSpring MAP Medicare 承保範圍說明書第 1 章），您將無需支付該保費，因為您擁有 Medicaid。我們也會承保 Medicare 不予承保但 Medicaid 予以承保的許多服務。以下部分將說明哪些項目獲得承保。

### **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。照護管理師也會安排預約您需要的任何服務，並協助安排前往服務的交通接送。

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照護計劃 (POC)。我們會確保您獲得所需的健康照護服務。我們經驗豐富的健康照護專業人員全年無休，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、教育您的照護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 RiverSpring MAP 所承保和支付之醫療上必要的服務，以及對非計劃承保服務所作的協調，以滿足您的需求。您的 POC 將說明您所需的服務、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。您的照護管理師將與您一起審查 POC，並討論任何變更的內容。如有任何問題或疑慮，歡迎致電 1-800-362-2266 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 RiverSpring MAP 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 1-800-362-2266（聽障專線：711）聯絡 RiverSpring MAP 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**

由於您擁有 Medicaid 且符合 RiverSpring MAP 計劃資格，我們的計劃將安排並支付下述額外的健康和社會服務。只要這些服務具有醫療必要性，您就可以獲得。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 RiverSpring MAP 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 RiverSpring MAP 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。

網絡內醫療服務提供者無法提供該服務，且 RiverSpring MAP 同意這些服務為醫療上必要時，RiverSpring MAP 將考慮從網絡外醫療服務提供者處獲取承保服務的要求。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 (IAD)，說明拒絕的原因並概述上訴流程。

您無需為 POC 上所述的服務申請授權。此外，例行的年度牙科、眼科和聽力檢查不需要事先授權。以下服務需要取得事先授權，並由您的照護管理師與 RiverSpring 部門協同處理特定項目，例如耐用醫療設備和用品、復健治療等。若要申請事先授權，您或您的醫生應



致電 1-800-362-2266（聽障人士可致電 711）聯絡 RiverSpring MAP。

### 需要事先授權的服務

- 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\*
- 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）
- 超出 Medicare 190 天終身上限天數的住院精神健康照護
- 聽力\*
- 耐用醫療設備
- 醫療用品
- 義肢和矯形器
- 視光\*
- 消費者引導式個人協助服務

\* 年度牙科、眼科和聽力檢查不需要事先授權。

### 承保的行為健康（精神健康與戒癮）服務

#### 成人門診精神健康照護

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

## 成人門診復健型精神健康照護

- **主動式社區治療 (ACT) :** ACT 是用於提供治療、支援和復健服務的團隊合作方法。許多服務由 ACT 工作人員直接在社區或您的居住地提供。ACT 適用於確診嚴重精神疾病或情緒問題的個人。
- **精神健康門診治療和復健服務 (MHOTRS) :** 一項提供治療、評估和症狀管理的計劃。服務可能包括在社區診所進行的個人治療和團體治療。
- **以康復為主導的個人化服務 (PROS) :** 一項針對患有嚴重和持續性精神疾病的會員提供的以康復為主導的完整計劃。該計劃的目標是結合治療、支援和療養，以幫助康復。

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

**以社區為主導的康復和激勵 (CORE) 服務 :** 以人為本的康復計劃，包括移動式行為健康支援，以幫助培養技能並促進社區參與和獨立性。CORE 服務面向經州政府確定為符合高需求行為健康風險標準的會員提供。任何人都可以將他人轉介或自我轉介到 CORE 服務。

- **社會心理康復 (PSR) :** 此項服務幫助培養生活技能，例如建立社交關係；尋找或保住工作；入學或返校；以及使用社區資源。
- **社區精神科支援和治療 (CPST) :** 此項服務幫助您透過諮詢和臨床治療來管理症狀。
- **家庭支援和培訓 (FST) :** 此項服務為您的家人和朋友提供幫助和支援您所需的資訊和技能。
- **激勵服務 – 同伴支援 :** 此項服務將您與已康復的同伴專家聯繫起來。您將獲得支援和協助，以學習如何：
  - 面對健康挑戰並獨立生活
  - 幫助您作出有關自己康復的決定，以及
  - 尋找自然支援和資源。

## 成人精神健康危機服務

- **綜合精神科急診計劃 (CPEP) :** 一項以醫院為基礎的計劃，為需要緊急精神健康服務的個人提供危機支援和長期觀察病床（最長 72 小時）。
- **移動式危機服務和電話危機服務 :** 一項面向經歷精神健康和/或戒癮危機的個人提供的社區內服務。

- **危機住宿計劃**：一項短期住宿計劃，為出現精神健康症狀或在日常生活中遇到使症狀惡化之挑戰的人士提供每天 24 小時的服務，最長可持續 28 天。相關服務可幫助避免住院，並支援返回社區。

### **成人門診戒癮服務**

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

### **成人住宿型戒癮服務**

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

### **成人住院戒癮康復服務**

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

**住院戒癮康復計劃**可為您提供用於評估、治療物質濫用障礙並進行康復的安全環境。這些機構提供每週 7 天，每天 24 小時的照護，並始終由醫務人員監督。住院服務包括管理與戒癮相關的症狀以及監測因物質濫用而引起的身心併發症。

**住院醫療監督戒癮計劃**為中度戒斷提供住院治療，包括在醫生的照護下進行監督。您可獲得的其中一些服務包括入院後二十四 (24) 小時內的醫學評估，以及中毒和戒斷狀況醫療監督。

## **限制**

- 被視為永久入住療養院的個人可獲得療養院服務承保，前提是該個人符合 **Medicaid** 機構性福利資格。
- 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；

在某些情況下，患有 HIV、AIDS 或 HIV 病毒相關疾病或其他疾病的成年人可能有資格獲得額外的口服營養。

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。

### **遠程醫療**

在適當的情況下，您可以透過遠程醫療獲得某些服務。您可以選擇當面還是透過遠程醫療接受服務。如果您對遠程醫療有其他疑問，請聯絡您的照護管理師。

### **牙科服務**

自 **2024 年 1 月 31 日** 起，RiverSpring MAP (HMO D-SNP) 在某些情況下承保牙冠和根管治療，以便您可以保留更多的天然牙。

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。

如需瞭解更多有關這些服務的資訊，請致電會員服務部，電話：1-800-362-2266，服務時間為上午 9:00 至下午 5:00。聽障人士請撥打 711。

### **移動型危機電話分類回應服務**

自 **2024 年 3 月 1 日** 起，RiverSpring MAP (HMO D-SNP) 將為 21 歲以下的會員提供移動型危機電話分類和回應服務。這項服務已向 21 歲及以上的會員開放。

目前，21 歲以下的會員可以使用其 Medicaid 卡獲取移動型危機電話分類和回應服務。自 2024 年 3 月 1 日起，會員可以使用 RiverSpring MAP 計劃的會員卡來獲取此服務。

移動型危機團隊可以幫助您、您的孩子或其他家庭成員應對精神健康和成癮危機症狀，例如：

- 焦慮加重
- 憂鬱症
- 因重大生活事件或變化而備受壓力，或
- 需要與某人談談以防止復發。

您和您的家人可以打電話與專業人士討論危機問題、尋求支援，並在需要時聯絡其他服務。

如果您遇到危機，您可以致電或傳簡訊至 988 或在 [www.988lifeline.org](http://www.988lifeline.org) 上傾吐求助，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。

如需瞭解更多有關這些服務的資訊，請致電會員服務部，電話：1-800-362-2266，服務時間為上午 9:00 至下午 5:00。聽障人士請撥打 711。

### **非緊急醫療接送服務**

自 2024 年 3 月 1 日起，RiverSpring MAP 將不再承保非緊急接送作為您計劃福利的一部分。為投保 RiverSpring MAP（一項管理式長期照護 Medicaid Advantage Plus 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](tel:844-666-6270)（州南部）或 [866-932-7740](tel: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。

### **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。如果您在保險服務區外需要獲得照護，您應聯絡照護管理師以便幫助您安排服務。

### **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。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 RiverSpring MAP。您可能需要只能透過 RiverSpring MAP 提供的長期照護服務。

如果您住院，您的家人或其他照護者應在您入院後 24 小時內聯絡 RiverSpring MAP。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 RiverSpring MAP，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**

若網絡外健康照護提供者接受計劃的付款費率，遵守 RiverSpring MAP 的品質保證和其他政策，並向計劃提供關於照護的醫療資訊，那麼 RiverSpring MAP 的新投保者可以在自投保之日起最長 60 天的過渡期內，從該提供者處繼續接受進行中的治療。

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，並且
- 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 RiverSpring MAP 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。如果您有關於某福利由 RiverSpring MAP 還是 Medicaid 承保的疑問，請致電 1-800-362-2266（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**

大多數處方藥均由 RiverSpring MAP Medicare D 部分承保，如 RiverSpring MAP Medicare 承保範圍說明書 (EOC) 第 6 章所述。常規 Medicaid 將承保 RiverSpring MAP Medicare D 部分未承保的一些藥物。Medicaid 可能也會承保我們拒絕承保的藥物。

### **某些精神健康服務，包括：**

- Health Home (HH) 和 Health Home Plus (HH+) 照護管理服務
- 為持有精神健康辦公室 (OMH) 許可的社區居住 (CR) 和家庭治療計劃的居民提供的康復服務
- OMH 日間照護
- 戒癮服務和支援辦公室 (OASAS) 青少年住宿型康復
- 經認證的社區行為健康診所 (CCBHC)
- OMH 住宿型治療機構 (RTF)

### **對於 21 歲以下的 MAP 投保者：**

- 兒童和家庭治療與支援服務 (CFTSS)
- 兒童居家與社區服務 (HCBS)

### 特定智力和發育障礙服務，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

- TB（肺結核）直接觀察治療
- HIV COBRA 個案管理
- 為符合標準的會員提供醫學上必要的促排卵藥物，以及與開處和監測此類藥物的使用相關的醫療服務

### 計劃生育

- 會員可前往任何提供計劃生育服務的 Medicaid 醫生或診所處求診，而無需獲得主治醫生 (PCP) 的轉診。

### 非緊急醫療接送

自 **2024 年 3 月 1 日**起，非緊急醫療接送不再屬於您的計劃福利的一部分。為投保 RiverSpring MAP（一項管理式長期照護 Medicaid Advantage Plus 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。

### RiverSpring MAP 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 RiverSpring MAP 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。RiverSpring MAP 或 Medicaid 未承保的服務包括：

- 不具備醫療必需性的整容手術
- 個人及舒適用品
- 除醫療緊急情況外，由非計劃內提供者提供的服務（除非 RiverSpring MAP 授權您可以去看該提供者）

如有任何疑問，請致電會員服務部，電話：1-800-362-2266；聽障專線：711。

### 服務授權、上訴和投訴流程



您擁有 Medicare 並從 Medicaid 獲取補助。本章將介紹您獲得全部 Medicare 福利和大部分 Medicaid 福利的權利。在大多數情況下，您將使用同一個流程來獲取您的 Medicare 和 Medicaid 福利。這一流程有時被稱為「綜合程序」，因為它綜合了 Medicare 和 Medicaid 各自的程序。

不過，對於某些 Medicaid 福利而言，您還可能有權提出其他外部上訴程序。請參見第 23 頁以瞭解有關外部上訴程序的更多資訊。

### **第 1 節：服務授權申請（也稱為承保範圍裁決申請）**

本節中的資訊適用於您的所有 Medicare 及大多數 Medicaid 福利。此資訊不適用於您的 Medicare D 部分處方藥福利。

當您請求核准一項治療或服務時，這稱為**服務授權申請（也稱為承保範圍裁決申請）**。要提出服務授權申請，您必須：

聯絡您的照護管理師並提出您的要求。您或您的提供者可致電會員服務部免費電話 1-800-362-2266，聽障專線：711；或將您的申請以書面形式寄送至 RiverSpring MAP, 80 West 225th St., 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**

一些承保服務需要取得 RiverSpring MAP 的**事先授權**（事先核准），然後您才能獲得這些服務。您或您信任之人可申請事先授權。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
- 行為健康（精神健康和戒癮）服務
- 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、腸外/腸內配方、營養補充劑、助聽器電池
- 醫療社會服務

- 超過 190 天終身天數上限的住院精神健康照護
- 住宿型醫療照護機構服務
- 營養服務
- 門診復健服務，包括物理、職業、言語和呼吸治療
- 個人照護服務
- 個人緊急應答系統
- 私人看護服務
- 義肢和矯形器
- 社會和環境支援
- 社交型日間照護
- 視力服務\*

\* 年度牙科、眼科和聽力檢查不需要事先授權。

對於特定項目，例如耐用醫療設備和用品、復健治療等，事先授權申請由您的照護管理師與各個計劃部門協調處理。若要申請事先授權，您或您的醫生應致電 1-800-362-2266（聽障人士可致電 711）聯絡 RiverSpring MAP。

### **同步審查**

您也可以向 RiverSpring MAP 照護管理部門的照護管理師要求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？**

本健康計劃設有一支審查團隊，致力確保您獲得您有資格獲取的服務。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需的且適合您。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，或僅批准少於您所請求額度的金額。該等決定將由合資格的健康照護專業人員作出。如果我們判定您申請的服務不具備醫療必需性，將由臨床同行審查員來作出決定。臨床同行審查員可能為經常提供您所申請之照護的醫生、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**），該標準用來就醫療必需性作出決定。

我們收到您的請求之後，將採用**標準**或**快速**流程對其進行審查。如果您或您的提供者認為延遲會對您的健康造成嚴重損害，您或您的提供者可請求快速審查。如果我們拒絕您的快速審查，我們將會告訴您，並按照標準審查流程處理您的請求。在所有情況下，我們均將按照您的病情所需，盡快審查您的請求，但不得遲於下述時間。下面是有關快速審查流程的更多資訊。

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

### **標準流程**

通常情況下，若您就醫療用品、治療或服務提出申請，我們將按照**標準時限**作出決定，除非我們已同意採取快速截止期限。

- 就事先授權採取**標準審查**時，我們將在掌握所有必要資訊後的 **3** 個工作日內給您答覆，但答覆時間不晚於我們收到您的申請後 **14** 天。如果您的個案屬於**同步審查**（即您申請變更您正在接受的服務），我們將在收到所有必要資訊後的 **1** 個工作日內作出決定，但答覆時間不晚於我們收到您的申請後 **14** 天。
- 如果您要求延長時間，或者我們需獲取可能有利於您的資訊（如來自網絡外提供者的醫療記錄），則可**再延長至多 14 天**。如果我們決定需要更多時日來作出裁決，將會書面通知您需要哪些資訊以及為什麼延期對您最有利。收到必要的資訊後，我們將盡快作出決定，但不遲於我們要求提供更多資訊之日起的 **14** 天。
- 如果您認為我們**不應**延長時間，可提出「**快速投訴**」。您提出**快速投訴**後，我們會在 **24** 小時內給您答覆。（投訴流程與服務授權和上訴流程有所不同。如需詳細瞭解投訴流程，包括快速投訴流程，請查看本章節後面的第 **5** 節：如果要對我們的計劃提出投訴該如何處理。）

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

- **如果我們同意您要求的全部或部分內容**，我們將會授權服務、治療或為您提供要求的項目。

- **如果我們拒絕您要求的全部或部分內容**，我們將向您寄送上訴裁決通知，解釋我們拒絕的原因。有關如何對此裁決提出上訴的更多資訊，請參閱第 2 節：第 1 級上訴。

## **快速流程**

如果您的健康狀況需要，可要求我們作出**快速服務授權**。

- 對事先授權申請的**快速審查**意味著，我們將在收到所有必要資訊後的 1 個工作日內給您答覆，但答覆時間不晚於您提出申請後 72 小時。
- 如果我們發現缺少可能有利於您的某些資訊（如來自網絡外提供者的醫療記錄），或您需獲取資訊以供我們進行審查，則可再**延長至多 14 天**。如果我們決定需要更多時日，將會書面通知您需要哪些資訊以及為什麼延期對您最有利。收到必要的資訊後，我們將盡快作出決定，但不遲於我們要求提供更多資訊之日起的 14 天。
- 如果您認為我們不應延長時間，**可提出快速投訴**。如需詳細瞭解投訴流程，包括快速投訴流程，請查看本章節後面的第 5 節：「如果要對我們的計劃提出投訴該如何處理」。我們在作出決定後會盡快通知您。
- 如果我們未在 72 小時內（或延長期結束前）給您答覆，您可以提出上訴。請查看後面的第 2 節：「第 1 級上訴」，瞭解如何提出上訴。

要獲得**快速服務授權**，您必須滿足兩項要求：

1. 您申請承保您尚未獲取的醫療照護。（如果您的申請與已獲取醫療照護的支付有關，則無法獲得**快速服務授權**。）
2. 使用標準截止日期會對您的生命或健康狀況造成嚴重傷害，或對您的行動能力造成傷害。

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

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

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

- 此信函將告知您，如果您的提供者申請**快速服務授權**，我們將自動提供**快速服務授權**。

- 信函中還會說明如何就我們未按您的請求作出快速服務授權，而作出標準服務授權一事提出**快速投訴**。（如需詳細瞭解投訴流程，包括快速投訴流程，請查看本章節後面的第 5 節：「如果要對我們的計劃提出投訴該如何處理」。）

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

**如果我們拒絕您的部分或全部請求**，我們將向您發出詳細的書面解釋說明拒絕的原因。如果您對我們的答覆不滿意，您有權向我們提出上訴。請查看後面的第 2 節：「第 1 級上訴」，以瞭解更多資訊。

如果您未按時收到我們的通知，可以視為我們拒絕了您的服務授權申請。屆時，您有權向我們提出上訴。請查看後面的第 2 節：「第 1 級上訴」，以瞭解更多資訊。

### **如果我們要變更您正在接受的服務**

- 在大多數情況下，如果我們決定減少、暫停或停止我們已批准且您正在接受的服務，我們必須在變更服務之前至少提前 15 天告知您。
- 如果我們正在審查您之前接受過的照護，我們將在收到回溯性審查的必要資訊後 30 天內就該照護的支付作出決定。若我們拒絕為服務付款，我們將在拒絕付款當日向您和您的醫療服務提供者寄送通知。**即使我們日後拒絕向醫療服務提供者付款，您也無需就您已接受並且由本計劃或 Medicaid 承保的任何照護付款。**

**如果承保的醫院照護、居家健康照護、專業照護機構照護或綜合門診復健機構 (CORF) 服務的服務期即將結束**，您可能擁有特殊的 **Medicare 權利**。有關這些權利的更多資訊，請查看 RiverSpring MAP 承保範圍說明書第 9 章。

### **如果您想對照護裁決提出上訴該如何處理**

如果我們拒絕您的醫療用品或服務的承保請求，您可自行決定是否提出上訴。

- 如果我們拒絕，您有權提出上訴並要求我們重新考慮這項決定。提出上訴意味著再次嘗試獲得您想要的醫療照護承保。
- 如果您決定上訴，即表明您進入第 1 級上訴流程（請參見下文）。
- RiverSpring MAP 將視乎您的投訴，對您可用的投訴和上訴流程予以說明。您可以致電品質部門電話 1-800-362-2266，獲取有關您的權利和選擇的更多資訊。

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

## **第 2 節：第 1 級上訴（也稱為計劃級上訴）**

本節中的資訊適用於您的所有 Medicare 及大多數 Medicaid 福利。此資訊不適用於您的 Medicare D 部分處方藥福利。

某些治療和服務需要獲得批准，您才能接受治療和服務或繼續獲得治療和服務。這稱為事先授權。請求批准治療或服務稱為服務授權申請。本章上文的第 1 節中說明了該流程。如果我們決定拒絕服務授權申請，或僅批准少於您所請求額度的金額，您將收到一份通知，稱為「綜合承保裁決通知」。

如果您收到「綜合承保裁決通知」，但不同意我們的決定，則有權提出上訴。提出上訴意味著透過要求我們再次審查您的請求來嘗試獲得所需的醫療用品或服務。

### **您可以提出第 1 級上訴：**

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

### **第 1 級上訴流程：**

- 如果您對我們的裁決不滿意，您可以自「綜合承保裁決通知」所載的日期起 **60 天內** 提出上訴。如果您錯過此截止日期，並能提供充分理由，我們可給予您更多時間提出上訴。錯過截止期限的充分理由可能包括：您患有使您無法聯絡我們的重病，或我們向您提供的有關上訴請求截止期限的資訊是錯誤或不完整的。
- 如果您要就我們對您尚未接受的照護作出的承保裁決提出上訴，您和/或您的提供者需要決定您是否需要「**快速上訴**」。
  - 獲得**快速上訴**的要求及程序與獲得「快速服務授權」的要求及程序相同。如要提出**快速上訴**，請遵循請求快速服務授權的說明。（這些說明載於第 1 節的「快速流程」部分。）
  - 如果您的提供者告知我們您的健康狀況需要**快速上訴**，我們將讓您**快速上訴**。

- 如果您的個案屬於**同步審查**（即我們在審查您正在接受的服務），您將自動獲得快速上訴。
- 您可以自行提出上訴，或讓您信任的人代您提出第 1 級上訴。如果您需要幫助以提交 1 級上訴，您可以致電品質部門電話 1-800-362-2266。
  - 只有您書面指定的人才能在上訴期間代表您。如果您在上訴期間想要朋友、親戚或其他人士作為您的代表，您可填寫附於「綜合承保裁決通知」上的「上訴申請書」，填寫一份「代表委任書」，或出具一封經簽字的信函，來指定您的代表人。  
 如要獲取「代表委任書」，請致電會員服務部索取。您也可以到 Medicare 網站 <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>，或在我們的網站 [www.RiverSpringHealthPlans.org](http://www.RiverSpringHealthPlans.org) 獲取該表格。此委任書將授予某人代表您行事的權限。您必須向我們提交一份經簽署的委任書；或
    - 您可以寫一封信並寄給我們。（信函可由您或您在信函中指定作為您的代表的人士寄給我們。）
- 我們不會因為您提出第 1 級上訴而對您區別對待或打擊報復。
- 您可以透過電話或書面形式提出第 1 級上訴。

### **在就照護裁決提出上訴期間，繼續享有您的服務或用品**

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

- 如果我們決定更改或終止承保您當前接受的服務或用品，我們將在採取行動前通知您。
- 如果您不同意該行動，您可提出第 1 級上訴。
- 如果您在「綜合承保裁決通知」所載明的日期後 10 天內，或在該行動的預定生效日期前（以較晚者為準）提出第 1 級上訴，則我們將繼續承保該服務或用品。
- 如果您遵守此截止日期要求，則您可在第 1 級上訴待決期間繼續照常獲取該服務或用品。您也將繼續照常獲得（與您的上訴無關的）所有其他服務或物品。
- 註：如果您的提供者要求我們繼續提供您在上訴期間已經獲得的服務或物品，您可能需要指定您的服務提供者作為您的代表。

## 我們收到您的第 1 級上訴之後會怎樣

- 我們將在 15 日內向您發函，告知您我們正在處理您的第 1 級上訴。我們會告訴您我們是否需要額外資訊來作出我們的決定。
- 我們將免費向您寄送您的個案檔案副本，其中包括醫療記錄副本以及我們將用於作出上訴裁決的任何其他資訊和記錄。如果您的第 1 級上訴得到快速處理，則審查此資訊的時間可能會很短。
- 臨床事項上訴的裁決由未參與第一項裁決的合格醫療專業人員作出。至少有一名將是臨床同行審查員。
- 非臨床裁決將由比作出第一項裁決的人員職位更高的人員處理。
- 您還可以親自或以書面形式提供用於作出該裁決的資訊。如果您不確定應向我們提供哪些資訊，請致電 1-800-362-2266。
- 我們將向您提供我們作出裁決的原因及臨床理由（若適用）。如果我們拒絕您的申請或以低於您所要求的金額批准該申請，我們將給您寄送一份名為「上訴裁決通知」的通知。如果我們拒絕您的第 1 級上訴，我們會自動將您的個案傳送至下一級上訴程序。

## 標準上訴的期限

- 如果我們採用標準上訴時間期限，且如果您的上訴是關於您尚未獲得的服務的承保，我們必須在接到您的上訴後 30 天內就申請給您答覆。
- 如果您的健康狀況需要，我們將儘快作出決定。
- 但是，如果您要求延長時間，或者我們需收集可能有利於您的更多資訊，**我們可以再延長最多 14 天**。如果我們決定需要更多時日來作出決定，將會書面通知您需要哪些資訊以及為什麼延期對您最有利。收到必要的資訊後，我們將儘快作出決定，但不遲於我們要求提供更多資訊之日起的 14 天。
  - 如果您認為我們**不應**延長時間，可針對我們延長時間的決定提出「快速投訴」。您提出快速投訴後，我們會在 24 小時內給您答覆。
  - 如需詳細瞭解投訴流程，包括快速投訴流程，請查看本章節後面的第 5 節：「如果要對我們的計劃提出投訴該如何處理」。



如果我們未在上述相應的截止日期之前給您答覆（或對於您就醫療用品或服務提出的申請，未在延長期結束前給您答覆），我們需自動將您的申請提交至上訴程序的第 2 級，由獨立外部機構進行審查。

有關該審查機構的介紹以及上訴程序第 2 級的詳細說明，請參見第 3 節：「第 2 級上訴」。

**如果我們批准您的部分或全部申請**，必須在作出裁決後的 72 小時內授權或提供我們已同意提供的承保。

**如果我們拒絕您的部分或全部申請**，為確保我們在拒絕您的上訴時遵守了所有規則，**我們必須將您的上訴提交至下一級上訴**。這樣，即表示您的上訴即將進入下一級上訴程序，即第 2 級。

### 快速上訴的期限

- 如果我們採用快速時間期限，則必須**在收到您的上訴後 72 小時內**給您答覆。如果您的健康狀況需要快速回覆，我們將盡快給您答覆。
- 如果您要求延長時間，或者我們需收集可能有利於您的更多資訊，**我們可以再延長最多 14 天**。如果我們決定需要更多時日來作出裁決，將會書面通知您需要哪些資訊以及為什麼延期對您最有利。收到必要的資訊後，我們將盡快作出決定，但不遲於我們要求提供更多資訊之日起的 14 天。
- 如果我們未在 72 小時內（或未在延長期結束前）給您答覆，我們需自動將您的申請提交至上訴程序的第 2 級，詳見下文第 3 節：「第 2 級上訴」。

**如果我們批准您的部分或全部申請**，必須在收到您上訴後的 72 小時內，批准或提供我們已同意提供的承保。

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

- 第 2 級上訴期間，獨立審查機構（稱為**行政聽證辦公室或聽證辦公室**）將審查我們對第一次上訴作出的裁決。該機構將決定是否應變更我們作出的裁決。
- 有關該機構的介紹以及上訴程序第 2 級的詳細說明，請參見後文第 3 節：「第 2 級上訴」。

在該等流程中，您或您信任之人可隨時致電 1-866-712-7197，就審查時間向紐約州衛生部提出投訴。

### **第 3 節：第 2 級上訴**

本節中的資訊適用於您的**所有 Medicare** 及大多數 **Medicaid** 福利。此資訊不適用於您的 Medicare D 部分處方藥福利。

如果我們**拒絕**您的第 1 級上訴，您的個案將**自動**提交至下一級上訴程序。第 2 級上訴期間，**聽證辦公室**將審查我們對第 1 級上訴作出的決定。該機構將決定是否應變更我們作出的裁決。

- **聽證辦公室是紐約州的一個獨立機構。** 該機構與我們並無關聯。Medicare 和 Medicaid 負責監督其工作。
- 我們將向該機構傳送有關您的上訴的資訊。該資訊稱為您的「個案檔案」。您有權向我們免費索取一份個案檔案副本。
- 您有權向聽證辦公室提供額外資訊，以支援您的上訴。
- **聽證辦公室**的審查員將仔細檢查與您的上訴有關的所有資訊。**聽證辦公室**將與您聯絡，以安排舉行聽證會。
- 如果按照標準時間期限等候裁決會對您的健康造成嚴重危害，且您就此對我們計劃提出的第 1 級上訴為快速上訴，您的第 2 級上訴也將自動劃為快速上訴。審查機構必須在收到您的第 2 級上訴後的**72 小時內**給您答覆。
- 如果**聽證辦公室**需要收集可能有利於您的更多資訊，則可再延長最多**14 天**。

**如果您的第 1 級上訴為標準上訴，您的第 2 級上訴也將為標準上訴**

- 如果您對我們計劃提出的第 1 級上訴為**標準上訴**，您的第 2 級上訴也將自動劃為**標準上訴**。
- 審查機構必須在收到您的第 2 級上訴後**60 天內**給您答覆。從您要求計劃上訴（第 1 級）之日到聽證辦公室對您的第 2 級上訴作出裁決之日，共計有**90 天**的時間。
- 如果**聽證辦公室**需要收集可能有利於您的更多資訊，則可再延長最多**14 天**。

如果您在提出第 1 級上訴時符合繼續獲得福利的資格，那麼您在第 2 級上訴期間仍可繼續享受上訴涉及的服務、用品或藥物的福利。請查閱第 23 頁，瞭解關於在第 1 級上訴期間繼續享受您福利的資訊。

聽證辦公室將以書面形式告知您他們的決定，並說明原因。

- 如果聽證辦公室**批准**您的部分或全部申請，則**我們必須在收到聽證辦公室裁決後的一個工作日內**授權相關服務或為您提供相關物品。
- 如果聽證辦公室**拒絕**您的部分或全部上訴，則表明他們同意本計劃的決定，即您的醫療照護承保請求（或部分請求）應不予批准。（這稱為「維持原裁決」，也稱為「駁回上訴」。）

如果聽證辦公室駁回您的部分或全部上訴，您可選擇是否希望進一步上訴。

- 在上訴程序中，第 2 級後仍有兩個級別（共四個上訴級別）。
- 如果第 2 級上訴遭到駁回，您必須決定是否要繼續提出第三次上訴，進入第 3 級上訴程序。有關如何處理的詳細資訊，請查看第 2 級上訴後收到的書面通知。
- Medicare 上訴委員會負責處理第 3 級上訴。此後，您可能有權要求聯邦法院審查您的上訴。

在該等流程中，您或您信任之人可隨時致電 1-866-712-7197，就審查時間向紐約州衛生部提出投訴。

#### **第 4 節：僅針對 Medicaid 的外部上訴**

您或您的醫生**只能針對 Medicaid 承保的福利**提出外部上訴。

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

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

之所以稱為「外部上訴」，是因為該上訴由並非為該健康計劃或本州工作的審查員作出決定。這些審查員皆為經紐約州（本州）核准的合格人員。服務必須在計劃的福利組合內或屬於試驗性治療。您無需支付任何外部上訴費用。

在您向州一級提出上訴**之前**：

- 您必須向計劃提出第 1 級上訴且得到計劃的最終不利裁決；**或**
- 如果您尚未接受服務並且已申請快速上訴，則可以同時申請加急外部上訴。（您的醫生必須認為有必要進行加急上訴）；**或**
- 您和計劃可同意跳過計劃的上訴流程，直接進入外部上訴；**或**
- 您可以證明計劃在處理您的第 1 級上訴時並未正確遵循相關規則。

在收到計劃的**上訴裁決通知**之後，您有 **4 個月**時間提出外部上訴要求。如果您與本計劃都同意跳過計劃的上訴程序，您必須在達成協議後的 **4 個月**內提出外部上訴要求。

若要申請外部上訴，請填寫申請表並傳送至財政服務部。

- 如果在提出上訴時需要幫助，可以致電會員服務部，電話：1-800-362-2266。
- 您和您的醫生必須提供與您的醫療問題相關的資訊。
- 外部上訴申請表將列明所需的資訊。

以下是獲得申請表的幾種方式：

- 致電財政服務部，電話：1-800-400-8882
- 前往財政服務部網站 [www.dfs.ny.gov](http://www.dfs.ny.gov)。
- 請致電 1-800-362-2266（聽障專線：711）聯絡本健康計劃。

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

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

在該等流程中，您或您信任之人可隨時致電 1-866-712-7197，就審查時間向紐約州衛生部提出投訴。

### **第 5 節：如果要對我們的計劃提出投訴該如何處理**

本節中的資訊適用於您的**所有 Medicare 及 Medicaid 福利**。此資訊不適用於您的 Medicare D 部分處方藥福利。

我們希望我們的計劃能讓您滿意。如果您對從我們的員工或提供者處獲得的照護或治療有疑問，或您不滿意我們為您提供的照護或服務，請致電 1-800-362-2266 聯絡會員服務部或致函會員服務部。**提出投訴的正式名稱為提出申訴。**

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

#### **如何提出投訴：**

- **一般情況下，請先致電會員服務部。**如需採取任何行動，會員服務部將會告知您。請撥打 1-800-362-2266（聽障專線：711），東部時間早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。
- 如果不願致電（或已致電，但並不滿意），**可書面列明投訴事項後寄給我們。**如果您進行書面投訴，我們也會以書面形式回覆您的投訴。
- **RiverSpring MAP 接受口頭或書面申訴。**您可以隨時提出申訴。如果您以書面形式提出申訴，我們將書面回覆您。我們將調查您提出的問題，並獲取全面審查您的申訴所需的任何其他資訊。我們計劃將視您的情況需要盡快回覆您的申訴，但不晚於收到申訴後 30 日。在某些情況下，您可能想要提出快速投訴。
- **不論是致電或寫信，都應立即聯絡會員服務部。**在遇到您想要投訴的問題後，您隨時可以提出投訴。

#### **接下來會怎樣：**

- **如有可能，我們將立即答覆您。**如果您致電提出投訴，我們可能會在接聽來電的當時立即給予答覆。如果您的健康狀況需要，我們會儘快答覆。
- 我們會在 30 日內回覆投訴。

- 如果您是因為我們拒絕您的快速服務授權或快速上訴請求而提出投訴，我們會自動讓您快速投訴。如果提出快速投訴，即表示我們會在 **24** 小時內給予答覆。
- 如果我們需要更多資訊，且出於您的最佳利益考慮或您要求延長時間，我們可再延長至多 **14** 日（共 **44** 日）答覆您的投訴。如果我們決定延長時間，將書面通知您。
- 不過，如果您已要求我們給予服務授權或已提出上訴，但您認為我們回應的速度不夠快，您也可以對我們回應緩慢一事提出投訴。以下是您何時可提出投訴的範例：
  - 如果您要求我們為您提供快速服務授權或快速上訴，但被我們拒絕。
  - 如果您認為我們沒有在期限內為您提供服務授權或對您提出的上訴作出回覆。
  - 在審查我們作出的服務授權後，我們被告知我們必須在一定期限內為您提供某些醫療服務或藥物或為您提供報銷，但您認為我們沒有在期限內做到。
  - 如果我們沒有及時給您作出決定，也沒有在規定的期限內將您的個案轉給聽證辦公室。
- **如果我們不認同**您的部分或全部投訴，或不負責您所投訴的問題，則會向您說明。我們的回應包括給予相關答覆的理由。不論我們是否認同投訴，我們都必須予以回覆。

## 投訴上訴

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

### 如何作出投訴上訴：

- 如果您不滿意我們的決定，在得知我方決定後至少有 **60** 個工作日的時間提出投訴上訴；
- 您可自行或請您信任的人士為您提出投訴上訴。
- 您必須以書面形式提出投訴上訴。
  - 如果您透過電話提出上訴，隨後必須提交書面上訴。
  - 您致電後，我們將寄給您一份表格，其中彙總了您的電話上訴內容。
  - 如果您同意彙總內容，必須在表格上簽名並將其寄回給我們。在將表格交還予我們之前，您可作出任何必要變更。

### 我們收到您的投訴上訴之後會怎樣：

收到您的投訴上訴後，我們將在 **15** 個工作日內向您發函。該信函將告訴您：

- 誰在處理您的投訴上訴；
- 如何聯絡此人；
- 我們是否需要更多資訊。

一個或多個合資格人員將審查您的投訴上訴。這些審查員的級別高於對您的投訴作出第一個裁決的審查者。

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

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

**如果您仍不滿意，您或您的代表還可隨時透過致電 1-866-712-7197 向紐約州衛生部提出投訴。**

## 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。您可以致電 ICAN，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。

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)

## 退出 RIVERSPRING MAP 計劃

我們不會因以下任何原因而讓投保者從 Medicaid Advantage Plus 產品退保：

- 頻繁使用承保醫療服務、投保者現有疾病或健康狀況的變化，或
- 心智能力退化或因其特殊需求導致的不合作或擾亂性行為，除非這種行為導致投保者不再符合 Medicaid Advantage Plus 資格。

## 您可以選擇自願退保

您可以隨時出於任何原因申請退出 RiverSpring MAP 計劃。

要申請退保，請致電 1-800-362-2266。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。如果您需要繼續獲得社區長期服務和支援 (CBLTSS)，如個人照護，您必須加入另一個 MLTC 計劃或居家和社區豁免計劃，以便接受 CBLTSS 服務。

## 如果出現以下情況，您必須退出 RiverSpring MAP 計劃：

- 您不再透過投保 RiverSpring MAP 來獲得 Medicare 保險，
- 您不再符合享受 Medicaid 福利的資格，
- 您需要療養院照護，但不符合 Medicaid 機構性福利的資格，
- 您連續 30 天以上不在計劃服務區內，
- 您永久搬出 RiverSpring MAP 服務區，



- 您不再有資格獲得根據社區健康評估 (CHA) 確定的療養院級別的照護，除非可以合理地預期，終止計劃提供的服務將致使您在其後六個月內有資格獲得療養院級別的照護。
- 在居住於社區內時的任何重新評估時間點，經判定您不再有社區長期服務和支援 (CBLTSS) 的功能性或臨床需求。
- 您唯一的服務確認為社交型日間照護，
- 您加入居家與社區服務豁免計劃，或成為發育障礙人士辦公室的住宿型計劃的居住者，
- 您成為精神健康辦公室或戒癮服務和支援辦公室 (OASAS) 的住宿型計劃（不屬於 MAP 計劃承保的福利）的居住者連續四十五 (45) 天或更長時間。

**如果出現以下情況，我們可能會要求您退出 RiverSpring MAP 計劃：**

- 您或家人或非正式的照護者或家中其他人員有嚴重妨礙本計劃提供服務的舉止或行為。
- 您故意在投保表上提供欺詐資訊，或者您允許他人濫用 MAP 計劃的投保卡；
- 您不填寫和提交任何必要的同意書或授權書；或
- 您未能在首次到期日後 30 天內，向計劃支付或安排支付由地方社會服務行政區 (LDSS) 判定的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。

RiverSpring MAP 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。退保的生效日期將為處理退保後次月的第一天。如果您繼續需要 CBLTSS，您將需要選擇另一項計劃或者您將被自動分配到另一項計劃以便向您提供所需服務的承保。

**文化和語言能力**

RiverSpring MAP 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。我們維護一個具有文化包容能力的醫療服務提供者網絡，並提倡和確保為所有投保者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**

RiverSpring MAP 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您當地的社會服務部提出投訴；以及您有權在適當情況下向行政聽證會辦公室請求舉行公平聽證會/或提出紐約州外部上訴。
- 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 RiverSpring MAP 獲取承保服務。
- 在 RiverSpring MAP 網絡內提供者可用的情況下，使用網絡內提供者獲得承保服務。

- 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 RiverSpring MAP 工作人員；若不瞭解或無法遵從指示，也請讓我們知道。
- 遵從 RiverSpring MAP 工作人員建議的照護計劃（參考您的意見制定）。
- 與 RiverSpring MAP 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 RiverSpring MAP 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 RiverSpring MAP。
- 您無法在家接受已安排的服務或照護時，請事先通知您的 RiverSpring MAP 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 RiverSpring MAP。
- 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 RiverSpring MAP 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 RiverSpring MAP 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。
- RiverSpring MAP 審定財務報表的最新副本；RiverSpring MAP 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

RiverSpring MAP 和我們的供應商可能會透過電子方式（而不是透過電話或郵件）向您傳送有關服務授權、計劃上訴、投訴和投訴上訴的通知。

我們可能會透過電子郵件將這些通知傳送給您。

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.....1-800-362-2266；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）。

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

## 非歧視通知

**RiverSpring MAP (HMO D-SNP)** 遵守聯邦民權法。**RiverSpring MAP** 不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別將人拒之門外或給予差別對待。

### **RiverSpring MAP** 提供以下服務：

- 向殘障人士提供免費協助和服務，幫助您與我們進行溝通，比如：
  - 合格的手語翻譯員
  - 其他格式的書面資訊（大字體、語音版、可存取的電子格式及其他格式）
- 向母語並非英語的人士提供免費語言服務，比如：
  - 合格的口譯員
  - 用其他語言書寫的資訊

如果您需要這些服務，請致電 **RiverSpring MAP** 電話 1-800-362-2266。如需聽障/語障專線服務，請撥打 711。

如果您認為 **RiverSpring MAP** 沒有向您提供這些服務，或者由於您的種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而給予您區別對待，您可透過以下方式向 **RiverSpring MAP** 提出申訴：

郵寄： 80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, New York 10463  
致電： (800) 362-2266（聽障/語障服務請致電 711）  
傳真： (888) 341-5009  
親自提交： 80 West 225<sup>th</sup> Street, Bronx, New York 10463  
電子郵件： [mltcqadep@elderservehealth.org](mailto:mltcqadep@elderservehealth.org)

您還可以透過以下方式向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴：

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. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
投訴表格可在以下網址獲取：  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

電話： 1-800-368-1019（聽障/語障專線 800-537-7697）

### 多語言口譯服務

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-362-2266. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-362-2266. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我們提供免費的翻譯服務，幫助您解答關於健康或藥物保險的任何疑問。如果您需要此翻譯服務，請致電 1-800-362-2266。我們的中文工作人員很樂意幫助您。這是一項免費服務。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-362-2266。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-362-2266. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-362-2266. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-362-2266 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-362-2266. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-362-2266번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-362-2266. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-362-2266**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-362-2266 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-362-2266. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-362-2266. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-362-2266. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-362-2266. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-362-2266**にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Form CMS-10802  
(Expires 12/31/25)