

METROPLUSHEALTH MEMBER HANDBOOK



METROPLUSHEALTH CHILD HEALTH PLUS 會員 手冊

2023 年 4 月修訂

MetroPlus Health Plan

快速參考指南

MetroPlusHealth 會員服務部	1-800-303-9626
MetroPlusHealth 24 小時熱線	1-800-442-2560
MetroPlusHealth TDD 電話	1-800-881-2812
MetroPlusHealth 網站	<u>www.metroplus.org</u>

什麼是急診？

其範例包括：

骨折、呼吸困難、癲癇（發作）、大出血、用藥過量、失去意識、癱瘓、嚴重胸痛、心臟病發作、中風。
在妊娠狀態下出現：陰道出血、劇烈腹痛或痙攣、羊水破裂或滲漏。

該怎麼做：致電 **911** 或者立刻前往最近的急診室。

什麼是緊急護理？

其範例包括：

嚴重但不需要急診的疾病：流感、耳朵痛、咽喉痛。

該怎麼做？在星期一至星期五，上午 8:30 至下午 5:30 致電您的 PCP 辦公室。其他時段請致電上述 24 小時醫護熱線。

（MetroPlus Health Plan 由 New York City Health and Hospitals Corporation 營運）



METROPLUSHEALTH
會員年度健康評估表 |
告訴我們
您過得怎麼樣。

請完整填寫並郵寄至：

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

名字，姓氏：_____ 會員識別號：_____

郵寄地址：_____

電話：_____ 出生日期：_____ 身高：_____ ft. _____ in. 體重：_____ lbs.

首選語言：☐ 英語 ☐ 西班牙語 ☐ 中文 ☐ 克里奧爾語 ☐ 烏爾都語 ☐ 孟加拉語 ☐ 其他：_____

種族：☐ 白人 ☐ 美國印第安人 ☐ 阿拉斯加原住民 ☐ 亞裔 ☐ 黑人/非裔美國人 ☐ 夏威夷原住民/太平洋島民

☐ 兩種或多種族裔 ☐ 其他：_____ ☐ 不想回答

民族：☐ 西班牙裔或拉丁裔 ☐ 非西班牙裔或拉丁裔 ☐ 不想回答

一般來說，您認為您的健康狀況如何：☐ 極好 ☐ 良好 ☐ 一般 ☐ 差

您是否希望我們致電您，幫助解決緊急健康問題？ ☐ 是 ☐ 否

您是否有定期去看的醫生？ ☐ 是 ☐ 否

如果「是」，您的醫生是否建議您開始、增加或保持一定強度的鍛煉或體育活動？（例如，開始爬樓梯，將步行時間從每天 10 分鐘增加至 20 分鐘，或者保持目前的鍛煉計劃）？ ☐ 是 ☐ 否

您是否擁有下列任何一項？ ☐ 糖尿病 ☐ 心臟問題 ☐ 高血壓 ☐ 癌症

☐ 呼吸問題（哮喘或慢性阻塞性肺病） ☐ 記憶問題 ☐ 聽力問題 ☐ 視力問題

☐ 精神/情緒問題 ☐ 尿失禁 ☐ HIV ☐ 吸毒或飲酒問題

☐ 其他醫療問題：_____

您一天吃多少種藥？ ☐ 不吃藥 ☐ 1-3 種 ☐ 4-7 種 ☐ 8 種或以上

您的基本活動（如穿衣、洗澡、吃飯、上/下椅子）是否需要幫助？ ☐ 我能夠做此事而無需幫助

☐ 我需要幫助，並且得到了我所需要的幫助 ☐ 我需要幫助，但是沒有得到我所需要的幫助

您在家務、服藥、購物、財務管理、做飯或交通方面是否需要幫助？ ☐ 我能在沒有協助的情況下做到這一點

☐ 我需要幫助，並且得到了我所需要的幫助

☐ 我需要幫助，但是沒有得到我所需要的幫助

在過去 6 個月裡，您是否因為沒有辦法前往而被迫中斷醫療保健？

☐ 是

☐ 否

您在過去 6 個月裡是否跌倒過？

☐ 是

☐ 否

您生活中是否有人傷害、威脅、恐嚇您，或讓您感到不安全？

☐ 是

☐ 否

☐ 寧願不回答

您是否使用下列任何設備：

☐ 手杖

☐ 步行器

☐ 輪椅

☐ 醫院病床

☐ 氧氣

☐ 防護三角褲/隔尿墊(成人紙尿片)

☐ 其他 _____

您是否反復或持續疼痛？

☐ 是 ☐ 否 如是，開始日期：_____

如果是，是哪裡疼痛？_____

如果是，請在此處標記您的疼痛等級：



您的生活狀況如何？

☐ 我有一個穩定的住處 ☐ 我目前有地方住，但我擔心將來會失去它

☐ 我沒有一個穩定的住處(暫時與其他人住在一起，住在酒店、庇護所、住在街上、海灘上、汽車裡、廢棄的建築物裡、公共汽車或火車站、公園等)

您是否擔心您現在的住處會讓您生病？(即黴菌、蟲子/齧齒動物、漏水、熱量不足等)

☐ 是 ☐ 否 ☐ 其他：_____

您目前是否接受公共援助(食品券、送餐到家、HEAP、EPIC、公共或現金援助等)？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不知道

在過去的一年裡，您是否擔心在您有錢買更多食物之前，您的食物會用完？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 寧願不回答

在過去的一年裡，電力、天然氣、石油或自來水公司是否威脅要關閉您家的服務？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不知道

您吸煙、電子煙或使用煙草嗎？ ☐ 目前 ☐ 之前 ☐ 從不

您今年是否接種了流感疫苗？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不知道

請列出您的藥物(如適用，請在額外的紙張中列出其他藥物)：

藥物名稱：_____

劑量：_____

頻率：_____

藥物名稱：_____

劑量：_____

頻率：_____

藥物名稱：_____

劑量：_____

頻率：_____

藥物名稱：_____

劑量：_____

頻率：_____

藥物清單（接上頁，請在額外的紙張中列出其他藥物）：

藥物名稱：_____ 劑量：_____ 頻率：_____

藥物名稱：_____ 劑量：_____ 頻率：_____

藥物名稱：_____ 劑量：_____ 頻率：_____

藥物名稱：_____ 劑量：_____ 頻率：_____



在過去的 2 周裡，您有多少次對做事情沒有興趣或樂趣？

- ☐ 從來沒有 ☐ 幾天
- ☐ 這些日子的一半以上 ☐ 幾乎每天

在過去的 2 周裡，您有多少次感到情緒消沉、抑鬱或者絕望？

- ☐ 從來沒有 ☐ 幾天
- ☐ 這些日子的一半以上 ☐ 幾乎每天

僅限 50 歲及以下的女性：您是否懷孕了？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不知道

僅限 50-74 歲的女性：您今年或去年是否做過乳房 X 光檢查（檢查乳腺癌）？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不知道

僅限 50-75 歲的女性：您是否進行了以下檢測以檢查結腸癌？

- ☐ 結腸鏡檢查（過去 10 年裡） ☐ 乙狀結腸鏡檢查（過去 5 年裡）
- ☐ 便血檢測（最近一年內）

您是否擁有下列任何一項？

- ☐ 預先指示/生前遺囑（是一份說明如果您無法為自己說話您希望得到什麼醫療的文件）
- ☐ 保健委託書（在您無法做出保健決定時為您做出保健決定的人員）
- ☐ 否，但與我討論了高級護理計劃
- ☐ 否，沒有與我討論高級護理計劃
- ☐ 否，但我有興趣瞭解更多資訊： ☐ 是* ☐ 否

* 我們將向您發送預先指示和保健委託書



請完整填寫並郵寄至：

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

尊敬的 Child Health Plus (CHPlus) 會員：

請閱讀以下關於牙科保險的重要資訊。本資訊將替代本手冊第 15 頁的相關資訊。

由 MetroPlus Health Plan 承保的服務

牙科福利

MetroPlus Health Plan 認為，為您提供優質的牙科護理服務對您的整體保健而言很重要。我們透過與 DentaQuest（可提供高品質牙科服務的專員機構）簽訂合約來提供牙科服務。承保的服務包括常規和例行牙科服務，如預防性牙科檢查、清潔、x 光檢查、補牙以及用來為您檢查您是否存在可能需要治療和/或後續護理的任何變化或者異常的其他服務。*看牙醫，不需要由您的 PCP 轉診！*

如何獲得牙科服務：

MetroPlusHealth 使用 DentaQuest 提供牙科服務。DentaQuest 提供普通牙科、兒童牙科、口腔外科、牙齦疾病和牙齒正畸的網絡內牙科服務提供者。致電 1-844-284-8819 聯絡 DentaQuest，選擇一位初級保健牙醫。您可以在《醫生名錄》中獲得一份網絡內牙科服務提供者清單，請線上瀏覽 metroplus.org 或致電 1-800-303-9626 聯絡 MetroPlusHealth 會員服務部索取一份清單。您可以隨時更換您的初級保健牙醫。致電您目前的初級保健牙醫，詢問他/她是否加入了 DentaQuest 網絡。

- 如果您需要尋找一名牙科服務提供者或更換您的初級保健牙醫，請致電 1-844-284-8819 聯絡 DentaQuest，或致電 1-800-303-9626 聯絡 MetroPlus Health Plan。客戶服務代表隨時為您提供協助。接線員可使用您的語言。
- 出示會員卡以享受牙科保健福利。您不會收到單獨的牙科會員卡。到您的初級保健牙醫處就診時，請出示保險會員卡。
- 您也可以到由學院牙科中心開設的牙科診所就診，無需轉診。請致電紐約州熱線電話 800-541-2831，他們將向您傳送一份名為「您身邊的牙醫」的清單。



Child Health Plus

使用者合約

感謝您選擇 MetroPlus Health Plan。本手冊包含了您與 Metropoles Health Plan 簽訂的 Child Health Plus 合約，以及有關該保險的其他資訊，可以協助您充分利用您的 Child Health Plus 福利。請認真閱讀本手冊。

您的 METROPLUS HEALTH PLAN CHILD HEALTH PLUS 使用者合約

本手冊的第 I 部分是您與 Metropoles Health Plan 簽訂的 Child Health Plus 合約。據此，您能夠享受合約中規定的利益。保險自您的會員卡上註明的生效日起開始生效。除非因合約中規定的原因終止，否則合約將繼續生效。

10 日合約檢查權利通告

您有權退回此合約。請仔細檢查。您可以退回合約並要求我們取消。您必須在收到此合約後十 (10) 日內以書面形式提出請求。我們將退還您已支付的保費。如果您退回此合約，我們將不向您提供任何福利。

重要須知：

本合約承保的所有服務都必須由您的主治醫生提供、安排或授權。除本合約第七節所述的急診治療、第四節所述的某些產科和婦科保健、第六節所述的視力保健以及牙科護理之外，您必須提前聯絡您的主治醫生才能獲得福利。

Child Health Plus 使用者合約語言範本

2023 年 1 月 1 日

本附加條款對您的「使用者合約」進行了修改，增加了以下福利：

主動式社區治療。我們將為主動式社區治療 (ACT)、青年人 ACT 和青少年 ACT 付費。相關服務必須由醫師或其他持有執照的康復服務提供者在州法律規定的執業範圍內轉診，以最大限度地降低身體或精神殘疾並讓會員恢復到最佳功能水準。

醫療用品。我們將為由服務提供者開具處方、用於治療特定疾病的醫療用品付費，並且這些用品：可消耗、不可重複使用、用完即棄，用於特定目的，且通常不具備回收價值。

嚴重殘障性咬合不正牙齒正畸服務。我們將為嚴重殘障性咬合不正牙齒正畸服務付費。正畸承保需要事先核准。服務包括嚴重殘障性咬合不正的正畸護理（終生一次性福利），符合資格的會員將獲得最多三年的主動式正畸護理和一年的維持護理的償付。復發病例的再治療不屬於承保服務。必須在會員 19 歲生日之前獲得治療核准並開始主動式治療（放入裝置並開始使用）。

空中救護服務。我們將為災難性、危及生命的疾病或狀況支付空中救護服務費用，前提是：有必要使用快速交通服務，以盡可能降低死亡或病情惡化的風險；地面交通不適合病患；或者在運輸過程中需要使用生命維持設備和進行高級醫療護理。

機構間轉運交通服務。我們將為機構間緊急空中或地面轉運交通服務付費。這包括從急診室轉運到精神病中心；從急診室轉運到創傷/心臟護理/燒傷中心；急診室之間的轉運以及從急診室轉運到其他機構。無需事先授權。

兒童和家庭治療及支援服務。我們將為兒童和家庭治療及支援服務 (CFTSS) 付費。可以在兒童/青少年生活、上學和/或參與服務的社區提供服務。服務包括：由其他持照專業人士 (OLP) 提供的服務、危機干預、社區心理支援和治療 (CPST)、社會心理復健服務、家庭同伴支援服務、青少年同伴支援。

核心有限健康相關服務。我們將為自願寄養機構 (VFCA) /29-I 健康機構的核心有限健康相關服務付費。健康和行為健康服務必須符合州與公認保健組織協商確定的合理和可接受的保健實踐標準。服務包括以下五類核心有限健康相關服務：技能培養服務；護理服務；治療計劃制訂和出院計劃制訂；臨床諮詢/監督服務以及 VFCA Child Health Plus 聯絡/管理員。

2023 年 4 月 1 日

本附加條款對您的「使用者合約」進行了修改，增加了以下福利：

青年住院復健服務(Residential Rehabilitation Services for Youth, RRSY)。我們將支付由不良嗜好服務與支援辦公室核准、認證或授權的計劃提供的青年住院復健服務(RRSY)的費用。要獲得相關服務，必須在個人化治療/康復計劃和/或進展記錄中有臨床指示和詳細說明。

CHPlus 使用者合約福利升級

安寧療護服務：

安寧療護提供臨終關懷和支援護理，致力於減輕與末期疾病及相關疾病有關的疼痛和症狀。我們將為接受安寧療護的 21 歲以下兒童支付福利套餐內具有醫療必要性的治療和支援服務費用，前提是該兒童經醫生證明患有末期疾病，預期壽命不超過六個月；無論提供服務的環境如何。

MetroPlusHealth 將承保為兒童提供臨終關懷和支援護理，以滿足兒童在疾病末期以及臨終和喪亡期間承受的身體、心理、精神、社交和經濟壓力所產生的特殊需求。此外，家庭成員還可獲得最多五次喪亡諮詢上門服務。

《可負擔醫療法案》第 2302 節名為「兒童的同步護理」，其中對《社會保障法案》第 1905(0)(1) 節和第 2110(a)(23) 節做出了修訂，刪去了對有資格獲得 Children's Health Insurance Program (CHIP) 的兒童在選擇安寧療護福利後須放棄接受末期疾病治療的禁令。新規定要求各州為兒童提供安寧療護服務，而不要求兒童放棄其根據 CHIP 享有的任何其他末期疾病治療服務。

安寧療護服務計劃必須得到紐約州公共衛生法第 40 條的認證。所有服務必須由資質合格的員工和安寧療護計劃志願者或由透過聯邦和各州要求允許的合約安排的專業人員來提供。

自閉症。如果服務由網絡內執業醫師或執業心理醫生制訂或安排，並透過我們的判斷，確定是為了自閉症的篩查、診斷和治療而必須進行的服務，則我們將承保以下服務。對於該[節]，「自閉症」是指在服務提供之時，最新版本的精神疾病診斷與統計手冊定義的任何廣泛性發育遲緩。包括自閉症，亞斯伯格症，雷特病，童年瓦解性精神障礙和其他沒有另外規定的廣泛性發育障礙 (PDD-NOS)。

1. 篩查和診斷。我們承保評價，評估和測試費用，以確定一個人是否有自閉症。

2. 溝通輔具。我們需要語音語言病理學家的正式評估來決定是否有承保溝通輔具的需要。如果執業醫師或執業心理醫生認定會員無法透過正常途徑（即，語言或文字）溝通，而評估表明溝通輔具很有可能幫助會員更好地進行溝通，我們將根據正式評估，承保溝通輔具的租借或購買費用。溝通輔具包括通訊板和語音合成裝置。我們只承保有限範圍內的專用裝置；我們只承保對沒有溝通障礙的人來講沒有用處的裝置。我們將確定該裝置是否應該購買或租用。我們不予承保的物品包括，但不僅限於筆記型電腦、桌上型電腦或平板電腦。但我們承保能夠讓筆記型電腦、桌上型電腦或平板電腦作為語音合成裝置運轉的軟體和/或應用。程式安裝和/或技術支援不能單獨償付。因正常穿戴和磨損而產生的必要的裝置修理和更換。不承保因誤用、誤治或偷竊造成的遺失或損傷的必要修理或更換費用；然而，我們將為每種裝置承保一次因行為問題產生的修理或更換費用。我們將為會員提供最適合此會員目前的功能水準的裝置。不承保不屬於醫療必須的設備或附件的額外費用。我們不承保送貨，服務費或日常維護費用。需要溝通輔具的事先核准。請參考您合約中的事先核准程序。

3. 行為健康治療。我們將承保最大程度可行的開發，維持或恢復病人身體功能的諮詢與治療方案。我們將承保持有執照的提供者提供的治療。如果行為分析由按照行為分析師認證委員會認證的行為分析師、或者受此類已認證行為分析師監督並遵守紐約金融服務部與紐約衛生和教育部磋商頒佈的法規中的標準的個人來進行，

則我們將承保此類行為分析。「應用行為分析」指的是對環境改變進行設計，實施和評價，透過行為刺激和影響，使病人行為產生顯著進步，包括直接觀察，測量的使用，以及對與環境和行為之間關係的功能分析。治療方案必須描述可衡量的，與要治療的病症和功能障礙相符的目標，包括治療持續過程中，從最初的評估和隨後的中期評估目標和衡量條款。我們承保的應用行為分析服務限定為每位會員每日曆年 680 小時。

4. 精神和心理護理我們將承保由在其工作州取得執照的精神病醫師、心理醫生或執業臨床社會工作者提供的直接或諮詢服務。

5. 治療護理。我們將承保最大程度可行的開發，維持或恢復病人身體功能的護理治療服務，當這些服務是由經認證或有執照的治療自閉症的語言治療師，職業治療師，物理治療師，社會工作者或者其他本合約包含的提供者所提供的時候。除非法律另有規定，在本段下提供的服務應該包含在本合約中適用於此類治療師或社會工作者服務的任何總計最高診治次數裡。

6. 藥學護理。我們將承保由提供者根據《教育法》第 8 節規定合法授權開出的治療自閉症的處方藥。此類處方藥的承保接受您合約處方藥福利的所有條款，規定和限制。對於上述服務治療中，按照《教育法》制訂的個性化教育計劃提供的服務和治療，我們將不予承保。

CHPlus 造口術設備與用品附加條款

(2015 年 5 月 1 日生效)

對於根據《教育法》第 8 節規定合法授權開處方的執業保健服務提供者開出的造口術設備與用品，我們將承擔相關費用。

目錄

第 I 部分

您的使用者合約

節 1	簡介	0
節 2	保險對象	2
節 3	醫院福利	3
節 4	醫療服務	5
節 5	急診護理	9
節 6	心理健康與藥物濫用障礙服務	10
節 7	其他承保服務	10
節 8	關於本計劃如何運作的其他資訊	17
節 9	限制及例外事項	19
節 10	本合約保費	21
節 11	保險終止	22
節 12	裁決與申訴	23
節 13	般性條款	30

第 II 部分 METROPLUSHEALTH 資訊與特別服務

A	關於 MetroPlus Health Plan.....	35
B	開始您的 MetroPlusHealth 之旅	35
C	會員責任	36
D	急診和緊急護理	36
E	在特殊情況下獲得護理	37
F	使用審查	39
G	從會員服務部獲得協助	40
H	為不會說英語的會員、有聽力或視力障礙的會員提供幫助	41
I	預防欺詐	41
J	職業行醫辦公室	42
K	會員對保險保單和程序的任何意見	42
L	服務提供者支付方式	42
M	可應您的要求提供的更多資訊	42
N	您的《MetroPlusHealth 會員權利法案》	43
O	重要電話號碼	45

第 I 部分

您的使用者合約

第一節 - 簡介

1. **Child Health Plus 程序。**本合約根據紐約州衛生廳 (DOH) 的一項專門計劃發佈，該計劃旨在為紐約州未參加保險的兒童提供補助健康保險。如果您符合紐約州制訂的資格條件，**MetroPlus Health Plan** 將接受您加入 **Child Health Plus** 計劃，您將有權享受本合約所述的保健服務。您和/或申請表上列出的責任人在住處、收入或其他健康保險等可能使您失去加入 **Child Health Plus** 資格的個人情況發生變更後，必須在 60 日內向我們報告。
2. **透過 HMO 獲得保健服務。**本合約透過 **MetroPlus Health Plan** 提供保險，這是一個健康維護組織 (HMO)。在 健康維護組織 (HMO) 中，所有保健服務必須具有醫療上的必要性，並且均必須由您的主治醫師 (PCP) 事先提供、安排或授權。除急診服務、某些產科及婦科服務、視力保健和牙科護理外，對未經您的 PCP 授權即獲得的保健服務，我們不予承保。此外，除非是接受急診服務或由您的 PCP 在 **MetroPlusHealth** 的核准下將您轉診到網絡外服務提供者，否則我們僅承保由網絡內服務提供者實施的保健服務。

選擇一名 PCP。在登記加入本計劃時，您需要從 **MetroPlus Health Plan** 的 PCP 清單中自行選擇一名 PCP。該清單包含 PCP 電話號碼，您可以致電該號碼瞭解該服務提供者是否接受新病患。您可以致電 **MetroPlusHealth** 會員服務部的免費電話 **1-800-303-9626** 要求更換您的 PCP。您選擇的 PCP 在本合約中通稱為「您的 PCP」。
3. **約定用語。**本合約中使用「我們」或「我們的」指代 **MetroPlus Health Plan**。「您」、「您的」是指您本人，您的孩子（本合約的簽發對象）以及會員卡上註明的人。
4. **定義。**下列定義適用於本合約：

- A. **合約**即指本文件。它構成您和我們之間的法律協議。請將本合約與其他重要文書一同妥善保管，以備參考。
- B. **急診病症**是指疾病或行為突然發作、表現為嚴重症狀，包括劇烈疼痛，出現這種情況時，瞭解基本醫學和健康知識平行事謹慎的外行人士可合理斷定如不立即就醫會導致以下狀況：**(A)** 出現該狀況者的健康遭受嚴重危險，如屬行為異常，則使其本人或他人的健康遭受嚴重危險，或者 **(B)** 嚴重損壞其身體機能；或者 **(C)** 病患的器官或部位出現嚴重功能障礙；或者 **(D)** 使其外貌受到嚴重損傷。
- C. **急診服務**是指治療急診病症所必需的醫生和醫院門診服務。
- D. **醫院**是指短期、急性、一般性醫院，即：
- 主要是在醫師的持續監督下，向病患提供診斷服務和治療服務，為受傷或生病的病患提供診斷、治療和護理；
 - 設有內科和大外科；
 - 要求每位病患必須得到醫師或牙科服務提供者的治療；
 - 由註冊職業護士 (R.N.) 本人提供或由其監督提供 24 小時護理服務；
 - 如果位於紐約州，則擁有適用於所有病患的住院治療審查計劃，並至少達到《美國公共法》89-97 (42 USCA 1395x[k]) 第 1861 (k) 節所述標準；
 - 由此類醫院的發照機構正式授權；以及
 - 雖偶爾為之，但不是用於以下目的的場所：休息、肺結核主治、長者接納、吸毒者和酗酒者接納、或者康復期治療、照料、教育或復健護理。
- E. **醫療必要性**是指防止、診斷、修正或治療病患病症所必需的服務和用品，這些病症會引發急劇痛苦、危及生命、導致疾病或衰弱、損毀病患正常活動的能力或造成嚴重殘障。這些服務必須：**(1)** 與會員病症、疾病、病痛或傷害的症狀或診斷及治療相

吻合；(2) 符合醫療界所認可和接受的良好醫療規範；(3) 不僅僅是為了方便會員、會員的醫生、合約使用者或其他保健服務提供者；(4) 如果是住院服務，「醫療必要性」還意味著在門診或者在一個欠加護的治療環境中無法為會員提供安全和充足的護理服務。

- F. **網絡內醫院**是指與我們簽定協議，並獲得授權為我們的會員提供承保服務的醫院。
- G. **網絡內藥房**是指與我們簽定協議，並獲得授權為我們的會員提供承保服務的藥房。
- H. **網絡內醫師**是指與我們簽定協議，並獲得授權為我們的會員提供承保服務的醫師。
- I. **網絡內服務提供者**是指與我們簽定協議，並獲得授權為我們的會員提供承保服務的網絡內醫師、牙科服務提供者或其他執照醫療服務從業者、醫院、家庭保健機構、實驗室、藥店或其他實體。
- J. **網絡外服務提供者**是指未與我們簽定協議，未獲得授權為我們的會員提供承保服務的服務提供者。除急診或您的 **PCP** 經我們許可將您轉診到網絡外服務提供者的情況外，我們不承擔由網絡外服務提供者提供的保健服務費用。
- K. **保費**是指您要為健康保險所付的金額。紐約州將支付全部或部分保費；您可能需要承擔部分費用，具體取決於您的收入水準。（請參閱第 9 節瞭解詳情。）
- L. **主治醫生（「PCP」）**是指當您參保時選擇或者以後根據我們的規定更換的網絡內服務提供者（醫師或執業護師），他們將提供或安排您應獲得的所有承保護理服務。
- M. **服務區域**是指下列郡：曼哈頓、布朗士、皇后區和布碌崙。您必須居住在服務區內，才能獲得本合約規定的權益。

第二節 - 保險對象

1. **本合約的保險對象。**如果您滿足下列所有條件，則屬於本合約的保險對象：
 - 不滿 19 歲。
 - 您沒有其他健康保險。
 - 不具備 Medicaid 參保資格。
 - 是紐約州永久居民並且是我們服務區域內的居民。
2. **重新認證。**我們將審查您的保險申請，以確定您是否符合 Child Health Plus 的資格要求。您必須定期向我們提交一份申請，以便我們確定您是否仍然符合資格要求。這一流程叫做「重新認證」。如果您家有多個孩子由我們提供保險服務，您家中由我們承保的所有孩子的續保日期是續保日期最接近 **2000 年 10 月 1 日**或以後日期的孩子所分配到的月份。您必須每年重新認證一次，除非當年您家庭的另外一名孩子向我們申請保險，則在為該孩子申請保險時，您必須為所有孩子續保。此後，您家中由我們承保的所有孩子每年均將在同一天續保。
3. **情況變化。**如果您的住處或健康保險範圍等可能使您失去本合約資格的情況發生任何變化，您必須通知我們。您必須在發生變化後六十 (60) 日內通知我們。如果您未能將您的情況變化通知我們，我們可能要求您退還已經支付給您的保費。

第三節 - 醫院福利

1. **醫院保健。**如果您符合下列所有條件，則可享受醫院住院病患的醫療必要性保健服務：
 - A. 該醫院必須是網絡內醫療服務提供者，除非您是在網絡外醫院接受急診服務，或者您的 PCP 經 MetroPlusHealth 事先授權安排您入住網絡外醫院。
 - B. 除急診服務外，您必須獲得 MetroPlusHealth 的事先授權。
 - C. 您必須是一名註冊住院病患，接受某種疾病、損傷或無法作為門診病患治療的身體疾病的適當治療。

2. **承保住院服務。** 本合約承保的住院病患服務包括下列項目：
- A. 每天的床位和膳食費用，包括特殊飲食和營養治療；
 - B. 常規、特殊和緊急護理服務，但並非私人護理服務；
 - C. 與外科手術、康復設施、麻醉和重症或特殊護理設施相關的設施、服務、用品和設備；
 - D. 氧氣和其他吸入治療服務和用品；
 - E. 非試驗用藥品和藥物；
 - F. 血清、生物製品、疫苗、靜脈製劑、敷料劑、石膏和診斷研究用品；
 - G. 血液產品，參加志願者血液交換計劃的除外；
 - H. 與診斷研究以及理療功能監控有關的設施、服務、用品和設備，包括但不限於實驗室、病理學、心電圖、內窺鏡、放射和腦電圖研究和檢查；
 - I. 與物理治療、職業治療和康復相關的設施、服務和用品；
 - J. 與放射和核療法有關的設施、服務、用品和設備；
 - K. 與急診護理相關的設施、服務、用品和設備；
 - L. 化學治療；
 - M. 放射治療；以及
 - N. 除本合約排除的項目外，通常由醫院提供的其他內科服務、外科服務或相關服務、用品和設備。
3. **產科保健。** 除圍產期併發症外，我們將支付分娩後至少 48 小時產生的住院護理費用（剖腹產除外）。我們將支付剖腹產後至少 96 小時產生的住院護理費用。產科護理保險包括家長教育、母乳或奶瓶餵養協助及訓練以及進行必要的產科和新生兒臨床評估。

您可以選擇在 48 小時（剖腹產則為 96 小時）前出院。如果您選擇提前出院並且在分娩後 48 小時（剖腹產則為 96 小時）內向我們提出要求，我們將承擔一次上門護理的費用。上門護理服務將在自您出院或請求上門服務二者中較晚時間之後的 24 小時內提供。此類上門護理服務不納入本合約第六節規定的上門保健服務。

4. **住院心理健康、酒精與藥物濫用服務。**對於心理健康服務和酒精與藥物濫用服務，我們將支付在以下環境中提供的承保住院服務：醫院；OMH 根據《心理衛生法》第 7.17 節的規定所經營的設施；以及根據《心理衛生法》第 23 條或 31 條簽發經營許可的設施。除急診外，您必須接受網絡內服務提供者的服務，除非我們授權您接受網絡外服務提供者的服務。

5. 限制和例外

- A. 如果您當天（或當天部分時間）不在醫院，則我們不提供當天福利。如果住院治療不具有醫療必要性，則我們將不提供任何一天的福利。
- B. 在雙人病房將獲得全部福利。如果您在醫院住單人病房，除非單人病房有醫療必要性並由您的醫師指定，否則您必須承擔單人病房和雙人病房之間的差價。
- C. 我們不承擔諸如電視租賃費或電話費等非醫療項目的費用。

第四節 - 醫療服務

1. **您的 PCP 必須提供、安排或授權所有醫療服務**除急診服務或者某些產科和婦科服務外，只有您的 PCP 提供、安排或授權准這些服務時，您才能獲得以下所列醫療服務的保險。您有權獲得在下列任一地點提供的醫療服務：

- 您 PCP 的診所。
- 其他提供者的診所或其他機構（如果您的 PCP 認為該提供者或機構的護理適宜治療您的疾病）。
- 醫院的門診部。

- 作為醫院的住院病患，您有權獲得內科、外科和麻醉服務。必須由 MetroPlusHealth 事先授權所有非急診住院。

2. **承保醫療服務。**我們將承擔下列醫療服務的費用：

A. 普通醫療和專科醫師保健，包括會診。

B. **預防性保健服務和體檢。**我們將承擔預防性保健服務費用，包括：

- 根據美國兒科學會 (American Academy of Pediatrics) 制訂的訪查時間表對兒童進行訪查，
- 營養教育與諮詢，
- 聽覺檢測，
- 醫療社會服務，
- 眼睛檢查，
- 根據免疫實踐顧問委員會建議的免疫時間表進行的例行免疫，
- 結核菌素檢測，
- 牙科和發育檢查，
- 臨床實驗室和放射學檢測，以及
- 血鉛檢查。

C. **疾病、損傷和其他病症的診斷和治療。**我們將承擔疾病或損傷的診斷和治療費用，包括以下各項：

- 在醫療服務者診所或移動手術中心進行的門診手術，包括麻醉服務，
- 在意外傷害事故發生後 12 個月內，對健康的天然牙齒進行與事故相關的牙科護理；
- 實驗室檢查、X 光照相和其他診斷處置，
- 腎透析，

- 放射治療，
- 化學治療，
- 在醫師診所進行的注射和藥物治療，
- 經過資格認證的專科醫師提供的二次手術鑒定，以及
- 具有醫療必要性的聽力測試。

D. **物理治療與職業治療。**我們將承擔短期物理和職業治療服務的費用。該治療必須是成熟的療法。短期是指在一個日曆年度內不超過四十 (40) 次訪診。

E. **放射治療、化學治療和血液透析。**我們將支付放射治療和化學治療的費用，包括治療時使用的注射藥品和藥物。我們將承擔在您家中或某機構（只要我們認為適當）進行的血液透析產生的費用。

F. **心理疾病、酗酒與藥物濫用門診治療訪診。**

我們將支付心理疾病與藥物濫用障礙的門診診斷和治療的費用。我們承保具有醫療必要性的服務，不限次數。此類訪診包括酒精、藥物和/或心理健康的家庭治療，前提是這種治療與參保兒童的酒精、藥物和/或心理健康治療直接相關。

G. **產科和婦科服務**與妊娠相關的產前、產程和產後服務都在承保範圍內。如果您從提供產科和婦科服務並具資質的網絡內服務提供者處獲得保健服務，無需您的 PCP 核准即可獲得與懷孕相關的保健服務。無需您的 PCP 核准，您也可以從提供產科和婦科服務並具資質的網絡內服務提供者處獲得下列服務：

- 初級和預防性產科和婦科保健服務最多兩次年檢；和
- 因年檢結果或急性產科和婦科疾病而需要的保健服務。

H. **宮頸癌篩查。**如果您是年滿十八歲的女性，或不滿十八歲但性活躍的女性，我們將承擔每年一次宮頸癌篩查，每年一次盆腔檢查、子宮頸抹片檢查及其評估的費用。我們還將承擔性傳播疾病的篩查費用。

- I. **言語治療**。如果語言治療能夠在兩個月內（從治療第一天開始計算）使某種疾病有顯著改善，並且由聽覺治療師、語言病醫生、語言治療師和/或耳鼻喉科醫師實施，則我們將承擔言語治療服務費用。

第五節 - 急診護理

1. **急診室就醫。**我們會承擔醫院急診室提供的急診服務的費用。您可以直接前往任何急診室就醫。不必事先聯絡您的 PCP。急診無需事先征得我們的同意。

如果您要前往急診室就醫，MetroPlusHealth 建議您本人或代表您的某人應在下一個工作日之前或在合理情況下儘快通知 MetroPlusHealth 使用管理部門。要通知我們，請撥打使用管理部門的免費電話：

1-800-303-9629。

如果我們單方面認為您接受的急診服務並非治療第一節（第 4 頁）定義的急診情況，我們將不承擔急診就醫費用。

2. **急診住院。**如果您要急診住院，您本人或代表您的某人必須在下一個工作日之前或在合理情況下儘快通知 MetroPlusHealth 使用管理部門。如果您被網絡外醫院收診，我們可能要求您在身體狀況允許的情況下儘快轉到網絡內醫院。
3. **救護車服務。**我們將承擔住院前急診醫療服務的費用，包括急診病症的快速評估和治療，和/或根據《公共衛生法》第 3005 條獲頒營運證書的救護車服務提供者提供的非空運送醫服務。

根據第一節（第 2 頁）定義的「行事謹慎的外行人士」的標準，遇到此類急診情況，您無需獲得我們的事先授權即可獲得救護車服務。根據「行事謹慎的外行人士」這一標準，如果住院前急診醫療服務，包括評估和治療，和/或非空運送醫服務被認為具有醫療必要性，則我們將承擔相關費用。我們不承保在非急診狀態下使用的救護車服務。

第六節 - 心理健康與藥物濫用障礙服務

1. **住院心理健康和藥物濫用障礙服務** 只要治療設施按照州規定運作，住院心理健康服務、住院戒毒服務和住院康復服務就沒有限制。

我們將支付住院心理健康服務與住院藥物濫用障礙服務的費用，前提是提供這些服務的機構：

- 根據《心理衛生法》第 7.17 節的規定，由心理健康辦公室經營；
- 根據《心理衛生法》第 23 條或 31 條獲頒經營授權；或者
- 是由《公共衛生法》第 28 條定義的普通醫院。

心理疾病與藥物濫用障礙門診診療 我們將支付心理疾病與藥物濫用障礙的門診診斷和治療的費用。我們還將支付您的家庭成員的門診診療費用，前提是此類門診診療與您的心理健康或藥物濫用障礙治療有關。

第七節 - 其他承保服務

1. **糖尿病設備和用品**。我們將承擔下列具有醫療必要性、並由您的 PCP 或者根據《紐約州教育法》第 8 條規定有合法處方權的其他網絡內提供者指定或建議的糧尿病治療設備和用品的費用：

- 血糖監控儀，
- 為法定失明者提供的血糖監控儀，
- 資料管理系統，
- 用於監控和目測的試紙，
- 尿檢試紙，
- 注射輔助，
- 為法定失明者提供的儲藥器，
- 胰島素，
- 注射器，

- 胰島素泵及其附屬裝置，
- 胰島素輸注裝置，
- 口服藥劑，以及
- 由衛生專員酌情指定的其他糖尿病治療設備和用品。

2. **糖尿病自我處理訓練。**我們將承擔由您的 **PCP** 或其他網絡內服務提供者提供的糖尿病自我處理訓練的費用。訓練將在診斷出糖尿病、病情發生重大變化、有必要改變自我處理的病情發作或我們認為再訓練具有醫療必要性時提供。如果具有醫療必要性，我們也將承擔上門診療的費用。

3. **耐用醫療設備。**

A. **承保範圍。**我們將承擔由您的 **PCP** 或其他網絡內服務提供者開具的用於治療特定疾病的裝置和設備的費用，前提是：

- 可在較長時間內持續重複使用；
- 主要和通常用於醫療目的；
- 通常在沒有患病或受傷的情況下無效；並且
- 通常不是為特定個人使用而安裝、設計或製作的，儘管供個人使用的設備可能是專門定製或客製的。

耐用醫療設備包括：助聽器；義肢裝置（用於替代或執行任何身體缺失部分功能的裝置）；矯正裝置（用於支撐虛弱或變形肢體或者限制或避免身體病變或損傷部位運動的裝置）；醫院病床和配件；氧氣和供氧用品；壓力墊；容量呼吸機、治療呼吸機、霧化器及其他呼吸護理設備；牽引設備；助行器；手杖；拐杖；輪椅和配件；廁椅；廁所扶手；窒息監控；病患升降機；營養輸液泵；動態輸液泵。我們還將承擔設備維修費用（包括人工和零配件）。

B. **網絡內藥房或其他網絡內服務提供者開具的 DME。**除急診外，必須由網絡內藥房或其他網絡內服務提供者開具耐用醫療設備的處方。

C. 限制和例外。根據本節規定，我們將不承擔下列費用：

- 試驗性器具和裝置；
- 僅為在運動中使用而開具處方的矯正裝置。
- 頭部假體（即假髮）；以及
- 牙齒修復，由於意外事故而損傷健康的天然牙齒且在事故發生後 12 個月內提供的必要修復、屬於先天畸形治療或整形重建手術一部分的必要修復除外。

4. 處方藥和非處方藥。

A. 承保範圍。我們將承擔 MetroPlusHealth Child Health Plus 處方一覽表中列出的經 FDA 核准的處方藥和非處方藥。承保藥品包括具有醫療必要性的家庭使用腸道用藥（營養補充劑）（包括治療 PKU、支鏈酮尿症、半乳糖血症和同型胱氨酸尿症的藥品），以及以及用於治療某些遺傳性氨基酸和有機酸代謝疾病的低蛋白或含有改性蛋白的藥品。我們還將承擔避孕裝置和藥品的費用。

B. 網絡內服務提供者和藥房。我們只承擔在醫院外使用的處方藥。除急診情況外，必須由網絡內服務提供者或由您的 PCP 經我們許可為您轉診的網絡外服務提供者開具處方。除急診情況外，您必須從網絡內藥房取藥。

C. 限制和例外。根據本節規定，我們將不承擔下列費用：

- 藥品服用或注射，
- 重開遺失或被盜的處方，
- 僅用於美容目的的處方藥品。
- 試驗性或處於研究階段的藥品，除非得到本計劃醫療主任或外部上訴代理的核准，
- 非 FDA 核准的藥品，除非當 FDA 核准用於治療癌症的處方藥被用於治療 FDA 核准用途之外的某種癌症時，我們將承擔該藥品的費用。然而，該藥品必須得到下列出版物之一的認可，可用於治療該種類型的癌症：

- (a) 《美國醫藥協會藥品評估》(AMA Drug Evaluations) ,
- (b) 《美國醫院藥品服務》(American Hospital Formulary Service) ,
- (c) 《美國藥典藥物資訊》(U.S. Pharmacopoeia Drug Information) , 或
- (d) 同業公認的主要專業期刊發表的評論文章或專題評論。

- 任何種類的裝置和用品，不包括家庭生育計劃或避孕裝置、基礎溫度計、男用與女用避孕套和避孕隔膜。
- 除非具有治療某種經診斷疾病的必要性，否則我們不承保維生素和其他營養補充劑。
- 我們不承保用於治療勃起功能障礙的處方藥。

5. **家庭保健。**我們每日曆年將承擔共四十 (40) 次上門提供家庭保健服務的費用，這些服務必須由經過認證的保健機構即網絡內服務提供者提供。只有不提供家庭保健服務，您就必須入醫治療時，我們才會支付家庭保健費用。

家庭保健包括下列一項或多項服務：

- 由註冊職業護士本人提供或由其監督提供的兼職或間歇性家庭護理服務，
- 主要內容為病患護理服務的兼職或間歇性家庭保健助手服務，
- 由家庭保健機構提供的物理、職業或語言治療；和
- 由醫師開出的醫療用品、藥品和藥物以及由經認證的家庭保健機構提供的或代表該機構提供的實驗室服務，僅限被保險人如入院治療即會涉及的項目。

6. **入院前檢查。**如果在計劃進行手術的醫院進行入院前檢查，我們承擔相關費用，前提是：

- 在執行檢查前已預訂該醫院的病床和手術室；
- 您的醫師已安排好檢查；且
- 手術將在入院前檢查後七天內進行。

如果手術因入院前檢查結果而取消，我們也會承擔這些檢查產生的費用。

7. 牙科護理。

A. **承保範圍。**我們將承擔由網絡內服務提供者提供的急診、預防性和常規牙科護理服務的費用。如果從具備資質的網絡內服務提供者處獲得保健服務，則無需您的 PCP 核准即可獲得承保的牙科護理服務。我們承保的牙科服務包括：

- 為減輕因牙病或損傷導致的疼痛和痛苦所需的急診治療，
- 有助於預防口腔疾病發病的程序，包括但不限於：每 6 個月一次的預防服務（清洗和拋光牙齒）；如果當地水源未經加氟處理，每 6 個月一次的表面氟化物塗敷和恒白齒缺損填充劑。
- 乳牙長出後，每 6 個月進行一次常規牙科檢查。
- X 光照相，包括：每 36 個月進行一次全口 X 光照相，如有必要，每 6 到 12 個月進行一次咬翼片 X 光照相，或者如有必要，每三十六 36 個月進行一次全景 X 光照相以及乳牙長出後的其他必要 X 光照相。
- 簡單拔牙和其他無需住院的例行牙科手術的所有必要程序，包括術前護理和術後護理。
- 鎮靜麻醉。
- 汞合金、合成修補物和不銹鋼牙冠。
- 其他適合兒童使用的修復材料。
- 牙髓病治療服務，包括無需住院時治療病變的髓室和牙髓管所需的所有程序。

- 牙周病治療服務，預期或引起牙齒矯正的服務除外。
- 義齒修復術，包括需要六個月隨診護理的可拆卸全義齒或部分義齒，如果病患符合下列一項或多項條件，也承保固定牙橋：
 - 只需要更換一顆上前牙（中央/側面門牙或犬齒），其他均為天然、健康和/或修補後的牙齒；或
 - 需要顎裂穩定；或
 - 經醫學資料證明，由於存在神經病變或生理病變，無法使用可拆卸義齒。
- 在義齒修復中插入識別標籤、修補、重襯和換底。
- 如果要在修復乳牙和/或混合牙列中放置一側或雙側間隙保持器來維持永久牙齒正常的生長空間，我們承擔間隙保持器的費用。

B. **限制和例外。**我們不承擔正畸服務費用。

8. 視力保健。

A. **承保範圍。**我們將承擔急診、預防性和例行視力保健的費用。如果從具備提供視力保健服務資質的網絡內服務提供者處獲得保健服務，則無需您的 PCP 核准即可獲得承保的視力保健服務。我們承保的視力服務包括：

- **視力檢查。**我們將承擔為確定是否有必要配戴矯正鏡片（如有必要，則開出矯正鏡片驗光單）而進行的視力檢查產生的費用。我們會支付任何十二 (12) 個月內進行一次視力檢查產生的費用，除非有相關文件證明需要增加檢查次數。視力檢查包括但不限於：病史；眼外檢查或眼內檢查；眼底鏡檢；確定屈光狀態；眼距；青光眼眼壓測量；總視野與彩色視覺檢測；矯正鏡片的結論和建議。
- **處方鏡片。**我們將承擔在任何十二 (12) 個月內一次高品質標準處方鏡片的配鏡費用，除非有相關文件證明需要增加

配鏡次數。處方鏡片可以是玻璃製品，也可以是塑膠製品。

- **鏡架。**我們將承擔任何十二 (12) 個月內一次可支撐鏡片的標準鏡框的配備費用，除非有相關文件證明需要增加配備次數。
- **隱形眼鏡。**只有我們認為配備隱形眼鏡具有醫療必要性時，我們才承擔其費用。

B. 限制和例外。我們不承擔不具有醫療必要性的隱形眼鏡費用。

9. **安寧療護服務。**我們將承擔協調安寧療護計劃的費用，為經醫生證明患有末期疾病，預期壽命不超過六個月的兒童（19 歲以下）提供非治療性的醫療和支援服務（可以在家中提供，也可以在住院醫院提供）。

安寧療護服務將承保為兒童提供臨終關懷和支援護理，以滿足兒童在疾病末期以及臨終和喪亡期間承受的身體、心理、精神、社交和經濟壓力所產生的特殊需求。此外，家庭成員還可獲得最多五次喪亡諮詢上門服務。

安寧療護服務計劃必須得到紐約州公共衛生法第 40 條的認證。所有服務必須由資質合格的員工和安寧療護計劃志願者或由透過聯邦和各州要求允許的合約安排的專業人員來提供。

10. **言語和聽覺。**我們將承擔言語和聽覺服務費用，包括助聽器、助聽器電池和修理費用。這些服務包括每年一次聽覺檢查，以確定是否需要採取矯正措施。如果言語治療能夠在兩個月內（從治療第一天開始計算）使某種疾病有顯著改善並且由聽覺治療師、語言病醫生、言語治療師和/或耳鼻喉科醫師實施，則該言語治療在承保範圍內。

第十節 - 關於本計劃如何運作的其他資訊

1. **專科醫師何時能成為您的 PCP。**如果您患有危及生命的病症、疾病或者退化性和致殘性病症或疾病，可以請作為網絡內服務提供者的專科醫師擔任您的 PCP。我們將與該專科醫師和您的 PCP 協商，確定該專科醫師是否適合此項工作。
2. **向網絡內專科醫師的長期轉診。**如果您需要持續的專科治療，您可以「長期轉診」到作為網絡內服務提供者的專科醫師處。這就是說，您每次需要到該專科醫師處就診時，不必要求您的 PCP 重新安排轉診。我們將與該專科醫師和您的 PCP 協商，確定「長期轉診」是否適合您的病情。
3. **向專業保健中心的長期轉診。**如果您患有危及生命的病症或疾病或者退化性和致殘性病症或疾病，您可以請求轉診到作為網絡內服務提供者的專業保健中心治療。我們將與您的 PCP、您的專科醫師和該專業保健中心協商，確定此類轉診安排是否適宜。

如果您的服務提供者離開我們的網絡。如果您的服務提供者離開我們的網絡時您正在接受某種治療，在某些情況下，您可以繼續到以前的網絡內服務提供者處接受治療。自我們通知您該服務提供者離開網絡後，您最多可以接受 90 天的治療。如果您已懷孕並且處於第二個三月期，您可以繼續到以前的網絡內服務提供者處接受保健服務直至分娩，此外還可以獲得與分娩直接相關的產後保健服務。但是，為了使您能夠繼續到以前的網絡內服務提供者處獲得長達 90 天的保健服務或在整個妊娠期間獲得保健服務，該提供者必須同意接受我們的報酬，並遵守我們的程序和政策，包括那些確保保健服務品質的程序和政策。

4. **當新會員正在接受治療時。**如果您在登記加入我們時正在接受網絡外服務提供者提供的治療，則自您被本合約承保之日開始，您可以從該網絡外服務提供者處獲得長達 60 天的治療。該治療過程必須是針對危及生命的疾病或病症或者退化性和致殘性病症或疾病。當您被本合約承保時，如果處於懷孕的第二個三月期，還可以繼續到網絡外服務提供者處獲得保健服務。您可以繼續接受護理直至分娩，以及與分娩相關的任何產後護理。但是，為了使您能夠繼續到以前的網絡內服務提供者處獲得長達 60 天的保健服務或在整個妊娠期間獲得保健服務，該

網絡外服務提供者必須同意接受我們的報酬，並遵守我們的程序和政策，包括那些確保保健服務品質的程序和政策。

第九節 - 限制及例外事項

除已經說明的限制和例外事項之外，我們不承擔下列費用：

1. **不具有醫療必要性的保健服務。**通常來說，我們不承保任何我們單方面認為不具有醫療必要性的保健服務。如果州認證的外部上訴機構推翻了我們的不承保決定，則我們將承保這些原先不承保的程序、治療、服務、藥品或耐用醫療設備，只要這些程序、治療、服務、藥品或耐用醫療設備在本合約條款規定下可以獲得承保。（有關外部上訴的詳情，請參閱本使用者合約第 11 節。）
2. **公認醫療做法。**您無權獲得不符合在治療時生效的公認醫療或精神病治療做法和標準的服務。
3. **並非由您的 PCP 提供、授權或安排的保健服務。**除非本合約另有規定，否則您只能獲得由您的 PCP 提供、授權或安排的服務。如果您選擇獲得並非由您的 PCP 提供、授權或安排的保健服務，我們將不承擔由此產生的任何費用。
4. **療養院、復健機構或本合約未明確承保的任何其他機構的住院服務。**
5. **在療養院、復健機構或本合約未明確承保的任何其他機構的住院期間所獲得的醫師服務。**
6. **試驗性或處於研究階段的服務。**通常來說，本計劃不承保試驗性或處於研究階段的治療。然而，我們將承保由州認證的外部上訴機構授權的試驗性或處於研究階段的治療。如果外部上訴機構同意承保從屬於臨床試驗的試驗性或處於研究階段的治療，本計劃將僅承擔根據試驗目標向您提供治療所需的服務發生的費用。本計劃不承擔處於研究階段的藥物或裝置的費用、非保健服務的費用、管理研究的費用或本使用者合約不予承保的非試驗性或非處於研究階段的治療所產生的費用。（有關外部上訴的詳情，請參閱本使用者合約第 11 節。）
7. **美容手術。**我們將不承擔美容手術費用（除非具有醫療必要性），但我們將承擔整形重建手術費用：
 - 當患病肢體因外傷、感染或其他疾病而需要實施後續手術時；或者

- 當需要矯正因先天性疾病或畸形造成的某功能缺陷時。
8. 試管授精、人工授精或其他輔助受孕方法。
 9. 私人護理。
 10. 自體儲備血。
 11. 物理按摩服務我們不承擔任何與（網絡人工或機械方式）檢查和修正人體結構性失調、扭曲或半脫位以消除其神經干擾與副作用相關的服務費用。如果神經干擾是由脊柱變形、錯位或半脫位引起的或與之相關，則適用例外情況。
 12. 常規足部護理。
 13. 其他醫療保險、健康福利和政府計劃。我們將從本合約承保金額中扣除您有資格從其他醫療保險、健康福利計劃或政府計劃獲得的相同服務的金額。其他醫療保險包括由保險公司、Blue Cross and Blue Shield Plans、HMO 或類似計劃提供的保險。健康福利計劃包括非保險計劃的自我保險，例如透過雇主、受託人、工會、雇主組織或雇員福利組織提供或安排的計劃。政府計劃包括 Medicare 或任何其他聯邦、州或地方計劃，不包括身體殘障兒童計劃 (Physically Handicapped Children's Program) 和早期干預計劃 (Early Intervention Program)。
 14. 無過失汽車保險。我們不承擔由強制性汽車無過失福利承保的服務產生的費用。即便您未要求獲得您根據無過失汽車保險而有權獲得的福利，我們也不承擔產生的費用。
 15. 其他例外情況。我們不承擔以下費用：
 - a. 變性手術；或
 - b. 監護護理。
 16. 工傷津貼。如果某種損傷、病症或疾病根據《工傷賠償法》或類似法律規定能夠得到索賠或福利，則我們不承擔相關服務或護理費用。

第十節 - 本合約保費

1. **保費金額。**本合約保費由我們確定並由紐約州保險總監核准。
2. **您的保費供款。**根據紐約州法律規定，您可能需要承擔您的一部分保費。如果有必須繳納的費用，我們將通知您。
3. **寬限期。**本合約的所有保費均要提前一個月繳納。然而，除第一個月的保費外，我們對所有保費繳納都提供 30 天的寬限期。這就是說，除每個兒童第一個月的保費外，如果我們在付款到期日後 30 天內收到付款，我們將在當次付款承保的整個期限內繼續履行本合約的承保責任。如果我們在 30 天寬限期內未收到付款，本合約的承保責任將在上次付款到期月份的最後一天終止。
4. **未繳保費時同意承擔服務費用。**未繳保費期間，您無權獲得任何服務。如果您在該期限內獲得服務，則您同意承擔您所獲服務的費用。
5. **保費變更。**如果本合約保費或您繳納的保費金額增加或減少，我們將至少提前三十天書面通知您該變更。
6. **您的家庭收入變化。**無論何時您的收入或家庭人口發生變化，都可以請求我們審查您的家庭保費繳費額度。您可以和我們聯絡，電話是 **1-800- 303-9626**，或者致電 Child Health Plus 熱線 **1-800-698-4543**，提出審查請求。屆時，我們將為您說明進行審查所必要的表格和文件要求。我們將重新評估您的家庭保費繳費額度，並在收到請求和審查所需文件後 10 個工作日內告知您結果。如果審查結果導致您的家庭保費繳費額發生變化，我們將在收到填寫好的審查申請和證明文件後 40 日內按新額度收費。

第七節 - 保險終止

1. **因未繳保費而終止。**如果您需要支付本合約的保費，而我們在 30 天寬限期結束時未收到您的付款，則本合約將終止。例如，如果您的保費在 7 月 1 日到期，並且未能在 7 月 31 日（30 天寬限期的最後一天）前繳納，則根據本合約規定，我們不承擔 7 月 31 日後您獲得的任何服務的費用。
2. **當您遷出服務區域時。**當您不再永久居住在服務區域內時，本合約即終止。
3. **當您不再符合資格要求時。**本合約將在下列日期終止：
 - A. 您年滿 19 歲當月的最後一天；或
 - B. 您參保 Medicaid 計劃的日期；或
 - C. 您獲得其他健康福利計劃承保的日期（包括透過雇主團體、工會或其他組織提供的保險或自我保險計劃。）
4. **兒童保健計劃的終止。**當建立 Child Health Plus 的紐約州法律廢止，或者紐約州終止此合約，或者紐約州不再為兒童保健計劃向我們提供資金時，本合約將自動終止。
5. **我們終止本合約的選擇權。**我們可以因下列任何一個或多個理由終止本合約：
 - A. 在申請加入本合約或獲得服務時有欺詐行為。
 - B. 合約終止時呈報「保險總監」並由其核准的其他類似理由。我們會向您轉寄一份此類其他理由的影本。我們會在此類終止之前至少三十 (30) 天向您發出書面通知。
 - C. 本合約所屬類型的合約在發生此類終止事件前至少五個月發出書面通知後中止。
 - D. 如果您不提供我們要求用來續保的文件。
6. **您終止本合約的選擇權。**您可以隨時至少提前一個月發出書面通知來終止本合約。我們將退還您為本合約預付的保費。

7. **在您死亡時。**本合約將在您死亡之日自動終止。
8. **合約終止後的福利。**如果您在本合約終止時完全傷殘，並且您在參保本合約期間已獲得針對導致完全傷殘的疾病、損傷或病症的醫療服務，我們將繼續在您完全傷殘期間承擔與完全傷殘有關的疾病、損傷或病症治療的費用，直至下列日期中最早的日期：
- 我們單方面認為您不再完全傷殘的日期；或
 - 本合約終止滿十二 (12) 個月的當日。

我們承擔的費用不會超出您在本合項下的保險未終止時應獲得的保健服務費用。

9. **取代終止保險。**MetroPlus Health Plan 未獲得許可為 New York City Health and Hospitals Corporation 的雇員提供團體管理式醫療護理以外的商業保險產品。如果本合約因您年滿 19 歲或因 Child Health Plus 計劃結束而終止，我們將向您提供其他銷售個人健康保險產品的保險公司的資訊。

第十二節 - 裁決與申訴

裁決上訴

有些治療和服務在您接受之前獲得核准才可以使用或繼續使用。這稱為「**事先授權**」。申請核准治療或服務稱為「**服務授權請求**」。本手冊後文將對此程序做出說明。拒絕服務授權請求的決定或授權金額低於請求金額的決定都稱為**裁決**。

如果您不滿意我們對您的保健做出的決定，您可以採取幾項措施。

您的服務提供者可以要求我們重新考慮：

如果我們未與您的醫生溝通即對您的服務授權請求作出決定，您的醫生可以要求與本計劃的醫務主任談話。醫務主任將在一個工作日之內與您的醫生商談此事。

您可以提出裁決上訴：

- 如果您不滿意我們的處理或者不滿意對您服務授權請求所做的決定，可以在接到我們的決定通知後 90 個日曆日內提出裁決上訴。
- 您可以自己上訴，也可以委託別人代您上訴。您可致電會員服務部：**1-800-303-9626**，以獲得提出上訴協助。
- 我們不會因為您提出上訴而對您有差別對待或者故意刁難。
- 上訴可以透過電話或以書面形式提出。如果您透過電話上訴，隨後必須再寄一封書面上訴信

在下列情形下，您的裁決上訴將以快速審查程序處理：

- 您或您的醫生要求您的上訴採用快速審查程序。您的醫生需要說明延遲審查時間會對您的健康有何損害。如果您要求快速審查的請求被拒，我們將通知您，並按標準程序審查您的上訴；或者
- 您請求繼續現在正在接受的醫療或者延長已獲得的服務，但被拒絕。
- 快速審查上訴可以透過電話提出，隨後不必再寄送書面上訴。

我們收到您的上訴後怎麼辦？

- 在 15 天內，我們將向您致信告知正在審查您的上訴。
- 關於醫療方面的裁決上訴將由未參與最初決定並具相應資格保健專業人士決定，其中至少有一位是臨床同行審查人。
- 非醫療方面的決定，由比做最初決定者等級更高的人員審理。
- 在上訴之前和上訴期間，您或者您的指定人都可以查閱您的個案卷宗，包括醫療記錄和用於對您的項目做出決定的其他檔案和記錄。
- 您也可以親自或以書面方式提供裁決所需的資料。

- 必要時，您將被告知我們做出決定的原因和臨床方面的理由。如果您仍然不滿意，我們會向您說明您所具有的其他上訴權利，您或您委託的人也可以致電 **1-800-206-8125**，向紐約州衛生廳投訴。

裁決上訴審理時限：

- 標準上訴：當我們獲得了所需的全部資料後，將在您上訴後三十個工作日內通知您我們的決定。在我們做出決定後的 2 個工作日內，會向您寄送我們決定的書面通知。
- 快速上訴：我們獲得所需的全部資料後，快速上訴的審核決定將在您投訴後 2 個工作日內做出。如果我們需要更多資料，我們將在您向我們提出上訴後的 3 個工作日內通知您。我們將透過電話通知您我們做出的決定，並隨後寄出書面通知。

如果我們需要更多的資料才能決定對您的裁決上訴是採用標準審查還是快速審查，我們將：

- 致信告知您所需要的資料。如果您的申請進入快速審查，我們將立即聯絡您，並隨後寄出一份書面通知。
- 告訴您為什麼推遲決定最符合您的利益。
- 在我們要求提供更多資料之日起的 14 天內做出決定。

您本人、您的服務提供者或您的委託人也可以要求我們延後決定。這可能是因為您有更多有助於我們對您的項目作出決定的資料。可以致電 **1-800-303-9626** 或者寫信告知我們。

如果您不同意我們關於花更多時間審理您的裁決上訴的決定，您本人或您的委託人可以向本計劃提出投訴。您或您的委託人也可以致電 **1-800-206-8125**，就我們的審查時間向紐約州衛生廳提出投訴。

如果我們沒有對您的上訴做出決定，對您的最初決定會自動撤銷，這就表示您的服務授權申請將獲核准。

在對保健決定上訴期間繼續享受服務：

某些情況下，在等待上訴決定期間，您仍然可以繼續接受服務。如果您在下列時間內要求上訴，您可以繼續接受預定要停止或減少的服務：

- 在您被告知您的申請被拒絕或者保健被變更的十天之內；或
- 在服務變更的預定生效日之前。

如果您提出上訴，您可能要自行負擔繼續接受福利所產生的費用。

外部上訴

如果本計劃因您和您的醫生請求的醫療服務不具有醫療必要性或者是實驗性或研究性服務而拒絕提供，您可以向紐約州提出獨立**外部上訴**。這稱為外部上訴，因為對該上訴做出裁決的審查員不為本醫療保險或紐約州工作。這些審核人員都是經紐約州核准的合格人員。服務必須屬於保險的福利範圍，否則就屬於一種實驗性治療。您不必支付外部上訴費用。

在向州政府提出上訴之前：

1. 您必須向本計劃提出裁決上訴，並得到計劃的最終不承保決定；**或者**
2. 如果您進入快速裁決上訴程序並對本計劃的決定不滿意，可以向本計劃提出標準裁決上訴或者直接提出外部上訴；**或者**
3. 您和本計劃也可以商定越過本計劃的上訴程序，直接提出外部上訴。

在獲得本計劃的最終不承保決定後，您有 **45** 天的時間提出外部上訴。如果您和本計劃商定越過本計劃的上訴程序，您必須在達成協定後的 **45** 天內提出外部上訴。

如果需要，您還可以選擇對您的醫療保險提出其他上訴。然而，如果想提出外部上訴，您還必須在收到本計劃的最終不承保決定通知後 **45** 天內，或您與本計劃均同意放棄本計劃的上訴程序時，向州保險局提出申請。

如果未在規定時限內提出外部上訴申請，您將失去外部上訴的權利。

要提起外部上訴，請填寫一份申請表並寄交州保險局。如果您在提出上訴時需要幫助，請致電會員服務部：**1-800-303-9626**。您和您的醫生必須提供有關您病情的資料。

申請表可透過下列方式索取：

- 致電州保險局：**1-800-400-8882**
- 瀏覽州保險局網站：www.ins.state.ny.us
- 聯絡本醫療保險：**1-800-303-9626**

您的外部上訴將在 30 個工作日內得到裁決。如果外部上訴審查員要求提供更多資料，則可能需要更長時間（最多 5 個工作日）。做出決定後 2 天內，您和本計劃會得知最終決定。

如果您的醫生表示拖延將會給您的健康造成嚴重傷害，您可以得到更迅速的裁決。這稱為「**加急外部上訴**」。外部上訴審查員將在三天或更短的時間內對加急上訴做出裁決。審查員將會即刻透過電話或傳真將決定通知您和本計劃。之後，將向您致信告知所作的決定。

投訴程序

投訴：

我們希望本醫療保險能為您提供滿意的服務。如果您有問題，請與您的 PCP 協商，也可電話或寫信聯絡會員服務部。大多數問題可以馬上得到解決。如果您對自己的保健或服務有問題或爭議，可以向本計劃提出投訴。未在電話中立即解決的問題和郵寄的投訴將按照下列投訴程序處理。

您可以委託自己信賴的人（如法律代表、家庭成員或朋友）代您進行投訴。如果您由於聽力或視力障礙而需要我們的協助，或者您需要翻譯服務或填表協助，我們都可以為您提供協助。我們不會因為您提出投訴而為難您或採取對您不利的行動。

您也有權就您的投訴聯絡紐約州衛生廳，電話：**1-800-206-8125**，郵寄地址：NYSDOH Office of Managed Care, Bureau of Managed Care Certification and Surveillance, Room 1911 Coming Tower ESP, Albany, NY 12237。您也可隨時就投訴問題與當地社會服務部門聯絡。如果您的投訴涉及收費問題，可以致電紐約州保險局：**1-800-342-3736**。

如何向本計劃提出投訴：

如採用電話投訴，請在星期一至星期六早 8 點至晚 8 點之間致電會員服務部，電話：**1-800-303-9626** 如果您在非工作時間聯絡我們，請留言。我們將在

下一工作日給您回電話。如果需要更多的資料才能做出決定，我們也會告訴您。

您也可以寄送書面申請。您應郵寄至：

MetroPlus Health Plan

50 Water Street, 7th Floor

New York, NY 10004

Attention:Member Services

然後會怎樣：

如果我們接到電話或書面投訴後，未能立即解決您的問題，則會在 15 個工作日內寫信通知您。這封信會告訴您：

- 誰在處理您的投訴
- 如何與此人聯絡
- 我們是否需要更多資料

您的投訴將由一位或多位合格人員審理。如果您的投訴涉及臨床問題，您的個案將由一位或多位合格的保健專業人士審理。

在我們審理您的投訴之後：

- 在獲得審理您的投訴所需全部資料後的 45 天內，我們將把決定通知您，但最遲不會超過接到您的投訴後的 60 天。我們將向您致信告知我們做出決定的理由。
- 如果拖延會危及您的健康，在獲得審理您的投訴所需全部資料後的 48 小時內，我們將把決定通知您，但最遲不會超過接到您的投訴後的 7 天。我們將打電話通知您我們的決定，或者設法聯絡到您。您將在 3 個工作日內收到我們隨後發出的書面通知。
- 我們會告訴您如果您不滿意如何對我們的決定提出上訴，將會寄去您可能需要的表格。

- 如果我們因缺少足夠的資料而無法對您的投訴做出決定，我們會寫信通知您。

投訴上訴：

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

如何提出投訴上訴：

- 如果您對我們的決定不滿意，您可以在收到我們通知後的 90 個日曆日內提出上訴；
- 您可以自己上訴，也可以委託別人代您上訴；
- 上訴必須以書面形式提出。如果您透過電話上訴，隨後必須再寄一封書面上訴。

我們收到您的投訴上訴後怎麼辦？

收到您的投訴上訴後，我們會在 15 個工作日內致信給您。這封信會告訴您：

- 誰在處理您的投訴上訴
- 如何與此人聯絡
- 我們是否需要更多資料

您的投訴上訴，將由一位或多位合格人員審理，他們的等級高於對您的投訴做出最初決定的人員。如果您的投訴上訴涉及臨床問題，您的項目將由一位或數字合格的保健專業人員審理，他們當中至少有一位是臨床同行審查人，而且沒有參與對您投訴的最初決定。

如果我們獲得了所需的全部資料，您將在 30 個工作日內獲知我們的決定。如果延遲會危及您的健康，在獲得審理投訴所需的全部資料後的 2 個工作日內，您將獲知我們的決定。必要時，您將被告知我們做出決定的原因和臨床方面的理由。如果您仍然不滿意，您或者您的委託人可以隨時向紐約州衛生廳提出上訴，電話：**1-800-206-8125**。

第十三節 - 般性條款

1. **不得出讓。** 您不能出讓本合約的福利。任何企圖出讓的行為均為無效。出讓是指將您對本合約所提供福利的權利轉讓給其他人或其他組織。
2. **訴訟。** 您對我們有關本合約的訴訟必須在自我們拒絕承擔本合約承保服務的費用之日起十二 (12) 個月內提起。如果您對我們提起任何法律訴訟，要求獲得人身傷害、非正常死亡或不動產或個人財產損失的賠償，則您必須在根據《市政法》第 50-i 條的規定，在九十 (90) 天內提交索賠通知表。
3. **合約修改** 如果獲得紐約州保險總監的核准，我們可以對本合約進行修改。我們進行修改前將至少提前 30 天給您書面通知。
4. **醫療記錄。** 我們同意為您的醫療記錄保密。為了執行本合約，我們可能有必要從為您提供治療的醫院、醫師或其他提供者處獲得您的醫療記錄。您被本合約承保即表明您允許我們獲得並使用這些記錄。
5. **本合約支付對象。** 我們將直接向網絡內服務提供者付款，以為您提供服務。如果您從其他提供者處獲得承保服務，我們保留向您或該提供者付款的權利。
6. **通知** 有關本合約的通知均可透過美國預付郵資郵政服務寄至下列地址：

寄給我們 MetroPlus Health Plan
： 50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

寄給您： 您在參保文件或正式變更地址表格上提供的最新地址。

第 II 部分

METROPLUSHEALTH 資訊與特別服務

A - 關於 METROPLUS HEALTH PLAN

MetroPlus Health Plan 是一家健康維護組織（「HMO」），它提供完整醫療保健福利，包括預防性保健以及對疾病和損傷的治療。本計劃由 New York City Health and Hospitals Corporation (HHC) 營運。我們的網絡內醫療服務提供者包括 HHC 的許多醫院和醫療中心，以及您所在社區的許多其他醫療保健服務提供者。

MetroPlus Health Plan 的辦公地址如下：

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

B - 開始您的 METROPLUSHEALTH 之旅

歡迎信、會員 (ID) 卡和處方卡：在處理完成您的參保事宜後，我們將向您寄送一封歡迎信，告知您保險生效日期。在會員資格生效後不久，您將收到您的 MetroPlus Child Health Plus 會員 (ID) 卡和處方卡。您的會員卡上將註明您的姓名、地址、會員編號、您的主治醫生姓名和電話，以及您的「生效日期」（保險生效日期）。如果上述資訊有誤，或者您沒有收到郵寄的卡片，請撥打會員服務部免費電話：**1-800-303-9626**。如果您在會員卡送達之前需要服務，您可以向您的服務提供者出示歡迎信。您的服務提供者可以致電會員服務部確認您的保險。

迎新訓練：在參保 MetroPlus Health Plan 計劃後，您將收到一封迎新訓練邀請信。迎新訓練將在您社區中方便抵達的醫療保健場所舉行。MetroPlusHealth 會員服務代表將向您詳細介紹 Child Health Plus 的福利以及如何使用該計劃。我們希望您能參加迎新訓練。

基本體檢。「基本」體檢是一次完整的身體檢查。我們推薦您參加該體檢，費用由我們承擔。您的 PCP 將收集完整的健康資訊，以便他或她能夠擬定適用於您的隨診時間表和免疫接種表（接種疫苗以預防疾病）。基本體檢也是初步瞭解您的 PCP 的好方式。**重要提示：**如果在進行基本體檢前您出現了健康問題，請致電 PCP 並提前預約。

在初次到 PCP 處就診時，您可能會被要求簽署一份同意書，以便其從其他醫療保健服務提供者處獲得醫療記錄。這是常規做法。擁有完整的資訊有助於服務提供者盡可能提供最好的護理。

安排預約。要預約或變更預約，請致電您的醫療保健地點。如果需要取消或變更預約，請儘早致電。如果可以，請至少提前 24 小時致電。這樣一來，您可以為他人留出變更預約的時間。在致電時，請準備好告知對方您的姓名、MetroPlusHealth Child Health Plus 會員編號和醫療記錄號碼。

C - 會員責任

我們致力於為您提供及時、禮貌、優質的醫療服務。您可以網絡以下方式協助我們：

1. 隨身攜帶 MetroPlusHealth Child Health Plus 會員卡和藥房福利卡。
2. 準時抵達，按時就診。如果需要取消預約，請至少提前 24 小時或盡早致電取消。
3. 如果您的醫療狀況發生任何變化，例如懷孕，務必告知您的 PCP。
4. 如要必要，取得事先授權和書面轉診。
5. 務必每年重新認證，以便繼續享受會員資格。
6. 如果您的地址或電話號碼發生變化，請通知會員服務部。

D - 急診和緊急護理

如需急診，請致電 911 並聽從接線員指示，或立刻前往最近的急診室。急診情況包括：

- 骨折
- 呼吸困難
- 癲癇發作或痙攣
- 大出血
- 有截肢危險
- 用藥過量
- 失去意識
- 癱瘓
- 失語
- 嚴重胸痛
- 心臟病發作
- 中風

如果您處於妊娠狀態，急診情況還包括：陰道出血、劇烈腹痛或痙攣、羊水破裂或滲漏。

注：如果您去了急診室（無論是否屬於網絡內醫院），您或其他人都必須在下一個工作日前致電會員服務部：**1-800-303-9626**。我們將通知您的 PCP 有關您接受急診服務的情況，以便您能獲得妥當的後續護理。

不是急診——但很緊急！緊急護理病症指的是嚴重但不需要急診服務的疾病。需要緊急護理但不需要急診的情況包括：

- 嚴重流感
- 發熱
- 耳朵劇痛

如果您遇到緊急護理情況，但不確定問題有多嚴重，請在工作時間（上午 8:30 至下午 5:30）內致電您的 PCP 診所。您可以與 PCP 預約緊急護理，或將有專業醫療人士告知您應接受哪種護理。

如果 PCP 已經下班了，該怎麼辦？不必擔心。您還可以致電 24 小時醫護熱線：**1-800-442-2560**。向接線員提供您的姓名、Child Health Plus 會員卡編號以及您的 PCP 姓名和辦公地點。說明您遇到的問題。我們將：

- 協助您直接與服務提供者聯絡，或者
- 指導您前往最近的急診室。

E - 在特殊情況下獲得護理

轉診至專科醫師。要看專科醫師，您必須先獲得 PCP 的轉診。由 PCP 決定將您轉診至哪位專科醫師，並由其填寫轉診表。轉診表將以傳真或郵件形式寄

送給您的專科醫師，您也可以攜一份轉診表影本當面交給專科醫師。您的 PCP 可以幫助您與專科醫師安排預約。使用者合約第 7 節（本手冊第 I 部分）提供了有關如何讓專科醫師成為您的 PCP 以及到專科醫師處和專業保健中心長期轉診的更多資訊。

如果我們無法在 MetroPlusHealth 網絡內找到可以為您提供所需護理的專科醫師，我們將為您尋找一名網絡外專科醫師。在您前往專科醫生處就診前，您的醫生必須向 MetroPlusHealth 提出轉診申請。如果您因急診情況而需要立即到專科醫生處就診，則您的醫生不必申請轉診。

要獲得轉診，您的醫生必須為我們提供一些資訊。一旦我們獲得所有這些資訊，我們會在 3 個工作日之內決定您是否能夠到網絡外專科醫師處就診。但是，我們一定會在收到您申請之日起的 14 天內作出決定。如果您的醫生認為延誤時間會對您的健康造成嚴重損害，您或您的醫生可以要求進行快速審核。在這種情況下，我們將在 3 個工作日之內作出決定並回覆您。

如果您對 MetroPlusHealth 的決定有異議，您可以提起上訴（請參閱本手冊第 28 頁瞭解如何提出上訴）。您還可致電 MetroPlusHealth 會員服務部：**1-800-303-9626**。

如果您的 PCP 或 MetroPlusHealth 將您轉診至我們網絡之外的服務提供者，則除本手冊後文說明的自付費用外，您無需支付任何費用。

自行轉診至婦科/產科服務。您不需要 PCP 的轉診就可以預約 MetroPlusHealth 的婦科/產科服務提供者。這名服務提供者可以是產科醫生、婦科醫生、執業護士或持照助產士。

HIV 檢測和諮詢。所有 HIV 檢測和諮詢都將採取保密措施。如果您希望接受檢測，您可以到一名 MetroPlusHealth 服務提供者處就診。或者您也可以參加紐約市或紐約州的匿名檢測計劃，只有您本人才會知道您的檢測結果。這兩種情況都不需要轉診。

如果您懷孕了，您和您的孩子可能有資格獲得 Medicaid。我們可以幫助您核實您是否有參保資格。請致電會員服務部：**1-800-303-9626**。

乳房切除術相關服務。如果您要接受乳房切除術，您可以獲得乳房切除後的相關服務，包括乳房再造手術以及為使乳房對稱所實施的手術、安裝假體和乳房

切除後的併發症治療（包括淋巴水腫）。要獲得更多資訊，請致電會員服務部：**1-800-303-9626**。

F - 使用審查

使用審查是我們用於決定某種護理是否具有醫療必要性且是否能夠獲得 MetroPlusHealth 授權或支付的流程。我們的 UR 員工的工作時間為星期一至星期五，上午 8:30 至下午 5:00。

您可以致電會員服務部：**1-800-303-9626**，也可以網絡傳真將您的使用審查請求傳送至 **212-908-8521** 一位會員服務部代表將解答您有關此過程的任何問題，如有需求，會員服務部代表會將您的致電轉接至使用審查 (UR) 部門。

如果您立即需要醫療問題協助，請致電我們的 24 小時醫護熱線：**1-800-442-2560**。使用審查員工將在下一個工作日對您的資訊給予答覆。

事先授權：以下服務必須獲得您的 PCP 或 MetroPlusHealth 的事前核准（事先授權）。

PCP 可以授權以下轉診：

- 專業護理。
- 耐用醫療設備。
- 放射學（包括 MRI、CT 等）
- 實驗室服務。
- 家庭護理。
- 聽力檢查/聽力學。

PCP 必須獲得 MetroPlusHealth 的事先授權以授權：

- 專科醫生長期轉診。
- 自選住院。
- 自選門診手術。

- 轉診至 MetroPlusHealth 網絡外的服務提供者。

如果需要事先授權，MetroPlusHealth 將在收到做出決定所需的所有資訊後的三個工作日內做出 UR 決定並通知您（或您的指定代表）和您的醫療保健服務提供者。

同步 UR：如果需要授權以延期或擴展您目前正在接受的經授權治療，我們將在收到做出決定所需的所有資訊後的一個工作日內做出決定，並網絡電話和書面方式通知您的醫療保健服務提供者。

在提供服務後：如果使用審查涉及已經提供的服務的付款，我們將在收到所有所需資訊後的三十天內做出決定，並以書面方式通知您的服務提供者。

如果 MetroPlusHealth 未在規定期限內做出初始 UR 決定，即視為做出不承保決定，您可以提出上訴。

不承保決定通知：如果 MetroPlusHealth 決定請求授權或付款的服務不具有醫療必要性，我們將說明做出該決定的原因，並說明如果您或您的服務提供者對該決定有異議，可以提出上訴。

重新審議和上訴：如果我們決定不授權您的醫療保健服務提供者建議的服務，且我們尚未與該服務提供者溝通，則該服務提供者可以要求我們重新審議該決定。我們將收到請求後的一個工作日內完成重新審議。您可不承保決定提出上訴。有關 MetroPlusHealth UR 上訴和紐約州外部申訴的更多資訊，請參閱本手冊（使用者合約）第 I 部分第 11 節。

MetroPlusHealth 可在事後撤銷事先授權的治療、服務或程序，只要：(1) 事後提交給我們的相關醫療資訊與事先授權審查期間提交的資訊存在重大差異；(2) 在回顧性審查期間提供給我們的相關醫療資訊在事先授權審查期間即已存在，但被有意隱瞞或未提交給我們；(3) 在進行事先授權審查時，我們不知道該資訊的存在；(4) 如果我們得知該資訊的存在，就不會授權請求的治療、服務或程序。採用與事先核准審查相同的認定的具體標準、規範或程序。

G - 從會員服務部獲得協助

MetroPlusHealth 的會員服務代表隨時為您提供幫助。如果您有疑問、需要投訴或只是需要資訊，都可以按照以下說明：

1. 星期一至星期六，上午 8 點至晚上 8 點，撥打會員服務部的免費電話：**1-800-303-9626**。會員服務代表將協助您解決問題或提供您所需的資訊。
2. 如果遇到涉及會員服務的緊急問題，您也可以在工作時間外撥打該電話。將由系統接聽您的電話，並告知您需要的資訊。一名會員服務部代表將在下一工作日給您回電話。
3. 如果您的問題沒有網絡致電會員服務部得到解決，您可以向我們提出正式投訴或向紐約州衛生廳提出投訴。（請參閱第 11 節獲得有關如何投訴的資訊。）

儘管我們的會員服務代表始終竭誠協助您解決您的問題和顧慮，但對於任何醫療問題，您應該首先與您的 PCP 聯絡。

H - 為不會說英語的會員、有聽力或視力障礙的會員提供幫助

除英語外，本手冊還提供西班牙語版本。我們還提供盲文和錄音版本。

我們的《醫生名錄》中列出了醫療服務提供者所使用的英語之外的語言。我們的許多服務提供場所還提供口譯服務。我們的會員服務代表可以使用西班牙語、海地克裡奧爾語、俄語和中文為您提供幫助。如有需要，我們還將網絡 ATT Language Bank 安排其他語言的口譯服務。

有條件使用 TDD 機器的聽障會員可以致電 **1-800-881- 2812** 提出疑問。

I - 預防欺詐

您可以幫助我們預防醫療保健欺詐。保護好您的 **MetroPlus Health Plan** 會員卡，就像保管信用卡一樣謹慎。不要將您的會員編號告訴陌生人。不法分子可能使用您的卡片進行詐騙。如果您的會員卡遺失或被盜，請立即致電 **MetroPlusHealth** 會員服務部。此外，如果您收到了本應由 **MetroPlusHealth** 支付的服務帳單，請致電會員服務部。

J - 職業行醫辦公室

如果您對醫療服務提供者的執照有任何疑問，可以致電紐約州職業行醫辦公室。工作時間為星期一至星期五，上午 8:30 至下午 5:00，免費電話：**1-800-663-6114**。

K - 會員對保險保單和程序的任何意見

我們歡迎您將如何改善 MetroPlus Health Plan 提出寶貴意見。如有任何建議，請致電 **1-800-303-9626** 或致信我們：

MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004
Attention: Member Services Department

L - 服務提供者支付方式

MetroPlusHealth 網絡兩種方式支付服務費用。對於初級保健，我們每個月為每一名 MetroPlusHealth 會員支付固定的金額。該金額不受您 PCP 訪診次數或接受初級保健服務次數的影響。對於所有其他服務，我們根據服務提供者針對實際服務傳送的帳單，按照合約規定的比例支付費用。我們不使用預扣款、利潤分成或其他可能鼓勵醫生減少服務的方式進行支付。

M - 可應您的要求提供的更多資訊

您可以獲得以下資訊：要獲得該資訊，請致電會員服務部：**1-800-303-9626**。

- MetroPlusHealth 管理人員和主任的姓名和地址。
- 我們最近一年的年度財務報表影本。
- 保險部消費者投訴資訊。
- MetroPlusHealth 的保密保護程序。
- 我們承保的藥物清單。
- 我們為確保提供優質服務所做的工作的說明。

- 我們如何決定核准任何實驗性或研究性藥品、設備或治療的說明。
- 有關我們醫療保健服務提供者的 MetroPlusHealth 附屬醫院的資訊。
- MetroPlusHealth 針對特定疾病或醫療狀況的書面醫療標準（須提出書面請求）。
- 醫療保健服務提供者要加入 MetroPlusHealth 網絡所經過的申請程序和最低准入資格。
- 有關預先指示的更多資訊。

N - 《METROPLUSHEALTH 會員權利法案》

對於在任何網絡內醫療保健中心接受服務的會員，《MetroPlus Health Plan 會員權利法案》賦予他們以下權利：

1. 無論身體和情感狀況如何，都能得到體貼、尊嚴和尊重對待的權利。
2. 以易於理解的語言獲得有關診斷、治療和結果的完整資訊的權利。
3. 知道任何參與護理的個人的姓名、職位、職能及其專業資質資訊的權利。
4. 在接受任何程序或治療前獲得必要資訊以做出知情同意的權利（無法做出知情同意的急診情況除外）。
5. 在法律許可的範圍內，拒絕治療並被告知因拒絕該種治療可能導致任何醫療後果的權利。
6. 在前往急診室時獲得必要的急診醫療護理的權利。
7. 除法律另有規定外，接受保密的護理和治療，並保護所有醫療記錄私密的權利。
8. 由醫生或其代表告知的，在出院或轉院後可能存在的任何特殊醫療保健需求的權利。

9. 拒絕在您的護理或治療中參加研究和/或任何實驗性治療的權利，除非是您出於本人意願做出知情同意。
10. 不受年齡、種族、膚色、宗教、性別、性取向或國籍的歧視接受治療的權利。
11. 表達或提出書面申訴而不必擔心遭到報復的權利。
12. 按照您在預先指示中提出的要求執行決定的權利。

重要電話號碼

要獲得 **MetroPlusHealth** 會員服務部的幫助，請致電 **1-800-303-9626 (TDD: 1-800- 881-2812)**

如果您有任何疑問、想要提起投訴或需要任何協助，請致電 **MetroPlusHealth** 會員服務部（免費），工作時間為星期一至星期六，上午 8:00 到晚上 8:00。

工作時間醫療護理（星期一至星期五，上午 8:30 至下午 5:30）

要預約或變更預約，或如果您對自己的健康或醫療有疑問，請致電您的醫療保健服務提供者。請在此處記下您的服務提供者電話：

姓名	電話號碼
主治醫生：	
產科/婦科醫生：	
其他：	
其他：	

工作時間之外，請致電上述 24 小時醫護熱線：1- 800-442-2560

如果您在非工作時間或週末需要醫療保健協助，請致電我們的 24 小時醫護熱線（免費）。熱線工作人員會幫助您聯絡您的 PCP，如果無法聯絡到您的 PCP，他們可以聯絡與您的 PCP 合作的其他 MetroPlusHealth 服務提供者，為您提供協助。

急診服務

如需急診，**請致電 911 並聽從接線員指示，或前往最近的急診室**。急診情況和急診服務的定義請參閱第 2 頁。

MetroPlusHealth 使用審查

如需對「治療不具有醫療必要性」的決定提出複審申請，請致電會員服務部：**1-800-303-9626** 位會員服務部代表將解答您有關此過程的任何問題，如有需求，會員服務部代表會將您的致電轉接至使用審查 (UR) 部門。

紐約州衛生廳投訴熱線：1-800-206-8125



尊敬的 MetroPlusHealth 會員：

您可能想知道醫療保險在收到您的個人資訊後會如何處理這些資訊；許多人也有相同的疑慮。以下《隱私準則通知》將向您說明您的隱私權、**MetroPlus Health Plan** 收集的個人資訊、我們會如何處理這些資訊，以及我們為此採取的保密和安全措施。

我們公司對客戶隱私的承諾始終如一。自公司成立以來，我們有幸得到廣大 **MetroPlusHealth** 會員的長期信任，將他們的個人資訊託付給我們。我們十分珍視您的信任，嚴肅承擔保護您的隱私的責任。

請仔細閱讀本通知。請勿回覆。如果您還有任何疑問，我們樂意為您解答。請致電我們的會員服務部：**1-800-303-9626**（聽力障礙電傳：**1-800-881-2812**）。

此致，

MetroPlus Health Plan

2022 年 7 月 19 日生效



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

網址：www.metroplus.org

普通電話：1-800-303-9626

聽力障礙電傳：711

電子郵件：PrivacyOfficer@metroplus.org

您的資訊。

您的權利。

我們的責任。

本通知介紹如何使用和披露您的醫療資訊以及您如何獲得這些資訊。請仔細閱讀。

您的權利

對於您的健康資訊，您擁有某些權利。本節將介紹您的權利以及我們需要為您提供幫助的一些責任。

獲得您健康和理賠記錄的副本

- 您可以要求查看或獲得一份您的健康和理賠記錄及其他我們擁有的您的健康資訊的副本。詢問我們如何進行。
- 我們通常將會在收到您要求的 30 日內提供一份您的健康和理賠記錄的副本或總結。我們將按每頁 \$0.75（75 美分）向您收取副本的費用。

請求我們修正健康和理賠記錄

- 如果您認為您的健康和理賠記錄不正確或不完整，您可以要求我們進行修正。詢問我們如何進行。
- 我們可能拒絕您的要求，但我們會在 60 日內以書面形式告知您拒絕的原因。

要求保密通訊方式

- 您可以要求我們使用某種特定的方式與您聯絡（例如，住宅電話或辦公室電話）或寄送郵件到不同地址。
- 我們將切實考慮所有合理的要求，如果您告訴我們如果不這麼做將置您於危險境地，我們一定滿足您的要求。

轉下頁

您的權利（續）

要求我們限制我們使用或分享的內容

- 您可以要求我們不要為了治療、費用或我們的營運使用或分享某些健康資訊。
- 我們不必一定同意您的要求，且在可能影響您保健的情況下拒絕您的要求。

獲得一份我們已分享資訊的合作方的清單

- 您可以要求獲得一份在您提出要求當日前六年間我們分享您健康資訊的合作方名稱、原因和次數的清單（帳單）。
- 其中將包含除涉及治療、費用和保健運作及某些特定資訊披露（如果您要求我們）以外的所有資訊披露。我們每年將提供一份免費帳單，但如果您在 12 個月內要求獲得另一份帳單，我們可能收取合理的成本費用。
- 要求保密通訊，請聯絡我們的會員服務部：1-800-303-9626（聽力障礙電傳：711）。要求更換或修改此類保密通訊方式的申請須以書面形式寄送到下列地址。

獲得一份此隱私通知的副本

- 即使您已同意接收電子版通知，您也可以隨時要求獲得一份紙本版副本。我們會及時向您提供一份紙本版副本。您可以透過聯絡會員服務部隨時獲得一份本通知的紙本副本：1-800-303-9626（聽力障礙電傳：711）。

為自己選擇一名代理人

- 如果您已給予某人醫療授權書或某人是您的法定監護人，那麼此人可以代您行使權力並對您的健康資訊作出選擇。
- 在我們採取任何行動前，我們將事先確定此人確實擁有此項授權以代理您行動。

在感覺您的權利遭到侵害時提出投訴

- 如果您感到我們侵害了您的權力，您可以透過第 1 頁的資訊聯絡我們。
- 您可以向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出投訴，郵寄地址為 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201，或致電 1-877-696-6775，或瀏覽 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/。我們不會因為您的投訴而進行報復。

轉下頁

您的權利（續）

前會員

- 當您的 MetroPlusHealth 會員資格終止時，您的資訊將仍然像現會員的那樣受到我們的政策和程序的保護。

您的選擇

對於某些健康資訊，您可以告訴我們您選擇讓我們分享哪些部分。如果您對我們在以下情況應該如何披露您的資訊有明確的偏好，請告知我們。告訴我們您想怎麼做，我們將遵循您的指示。

在這些情況下，您都有權利和選項來告知我們：

- 與您的家人、密友或其他與您保健費用有關的個人分享資訊。
- 在賑災中分享資訊

如果您無法告訴我們您的選擇，例如您處於昏迷狀態中時，我們將根據我們認為最符合您利益的方式先一步採取行動。在需要化解目前對健康或安全的極大威脅時，我們也可能分享您的資訊。

下列情況下，除非得到您的書面許可，我們不會分享您的資訊：

- 行銷目的
- 銷售您的資訊

我們的使用和披露

我們通常如何使用或分享您的健康資訊？我們通常使用如下方式使用或分享您的健康資訊。

協助管理您接受的保健治療

- 我們可以與治療您的專業人士使用並分享您的健康資訊。
- 健康相關產品或計劃：MetroPlusHealth 可能向您提供醫療治療、計劃產品和服務的資訊。

範例：一名醫生給我們寄來您的診斷和治療方案以便我們安排額外的服務。

轉下頁

我們的使用和披露（續）

向您提供的資訊都須遵守相關法律限制。

- 提醒：MetroPlusHealth 可能使用並披露您的 PHI（例如，透過給您打電話或傳送簡訊或寄信）來提醒您治療預約，或提醒您安排常規體檢或免疫的預約，或提供治療替代方案（「選擇」）的資訊，或提供其他您可能感興趣的健康相關福利和服務。

營運我們的組織

- 我們可以使用和披露您的資訊以管理我們的組織，並可以在必要時聯絡您。
- 我們無權使用遺傳資訊來決定我們是否承接您的保險及保險費用。此條不適用於長期保健計劃。

範例：我們使用您的健康資訊以便為您提供更好的服務。

MetroPlusHealth 的品質管制部門可能使用您的健康資訊來協助提升計劃的品質、資料和業務進程。例如，我們的品質管制人員或合約護理監察員可能會查看您的醫療記錄並對向您和所有計劃會員提供的護理品質進行評估。

[轉下頁](#)

我們的使用和披露（續）

我們還可能如何使用或分享您的健康資訊？我們被允許或被要求以其他方式分享您的資訊——通常是用於公益事業，例如公共衛生和研究。我們必須滿足許多法律條件以分享您的資訊用於此類目的。有關詳情，請參閱：

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html。

管理您的計劃

為進行計劃管理，我們可能會向您的醫療保險發起人披露您的健康資訊。

範例：您的公司與我們簽訂合約為您提供醫療保險，我們向您的公司提供相關資料以解釋我們所收取的保費。

為您的健康服務付費

在為您的健康服務付費時我們可以使用並披露您的健康資訊。

範例：我們與您的牙科計劃分享您的資訊以協調您在此項目的付費。

提供高品質護理和效率服務交付

MetroPlusHealth 參加由 Healthix 運行的「健康資訊交換」。
Healthix 是一家非營利組織，該組織透過電子方式分享人們的健康資訊，並遵守 HIPAA 和紐約州法律的隱私和安全標準。本通知旨在告知我們的病患，作為 Healthix 的參與者，
MetroPlusHealth 透過電子方式將我們的病患的受保護健康資訊傳送/上傳到 Healthix。

此外，MetroPlusHealth 的某些工作人員經授權可根據適用的許可規則透過 Healthix 獲得病患的資訊。存取 Healthix 的許可一般是按組織來授予的。但是，病患可以選擇拒絕授予存取權限給 Healthix 中的所有組織。如果您想拒絕所有的 Healthix 組織存取您的受保護健康資訊，您可以瀏覽 Healthix 的網站 www.healthix.org 或致電 Healthix 來拒絕，電話是 877-695-4749。Healthix 掌握的關於病患的資訊來自提供醫療保健服務的場所，或者是透過健康保險索賠資訊獲得的。這些資料來源可能包括醫院、醫師、藥房、臨床實驗室、健康保險公司、Medicaid 計劃和其他透過電子方式交換健康資訊的組織。這些資料來源的更新清單可從 Healthix 獲得。病患可以隨時瀏覽 www.healthix.org 或致電 1-877-695-4749 獲得一份更新的清單。

轉下頁

我們的使用和披露（續）

協助進行公共健康和 安全事業	在下列情況中我們可以分享您的健康資訊： ○ 預防疾病 ○ 報告藥物不良反應 ○ 報告疑似虐待、忽視或家庭暴力 ○ 預防或避免對某人的健康或安全的嚴重威脅。
進行研究	我們可能使用或分享您的資訊用於健康研究。
遵守法律	如果州或聯邦法律要求，包括衛生與公眾服務部希望看到我們遵守聯邦隱私法律的情況，我們將分享您的資訊。
應對工傷賠償、執 法部門和其他政府 部門的要求	我們可能在下列情況中使用或分享您的健康資訊： ○ 用於工傷賠償索賠 ○ 用於執法目的或提供給執法官員 ○ 提供給法律授權的衛生監督機構 ○ 用於特殊政府職能如軍事、國家安全和總統保護服務
應對訴訟和司法活 動	我們可能為回應法庭、法律行政命令或傳票而分享您的健康資訊
關於特定類型的資 訊披露的紐約州法 律	MetroPlusHealth 必須遵守對個人資訊（特別是有關愛滋病毒/愛滋病狀況或治療、心理健康、藥物濫用障礙和家庭計劃的資訊）提供更高階別保護的其他紐約州法律。

[轉下頁](#)

我們的責任

- 我們依照法律保護您受保護的健康資訊的隱私和安全。
- 如果發生可能對您的資訊的隱私和安全造成威脅的違約事故，我們將立即通知您。
- 我們必須遵守本通知中提到的職責和隱私條例並給您一份副本。

除非獲得您的書面同意，否則我們不會在上面所述情形之外使用或分享您的資訊。即使您給了我們書面核准，您也可以隨時進行變更。如果您改變了想法，請以書面形式通知我們。

有關詳情，請參閱：

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

本通知中條款的變更

我們可以變更本通知中的條款，且這一變更將應用於我們所擁有的您的一切資訊。如有需要，我們將在我們的網站上提供新的通知，並寄送一份副本給您。

本通知自 2022 年 7 月 19 日起生效。

保密官員聯絡資訊

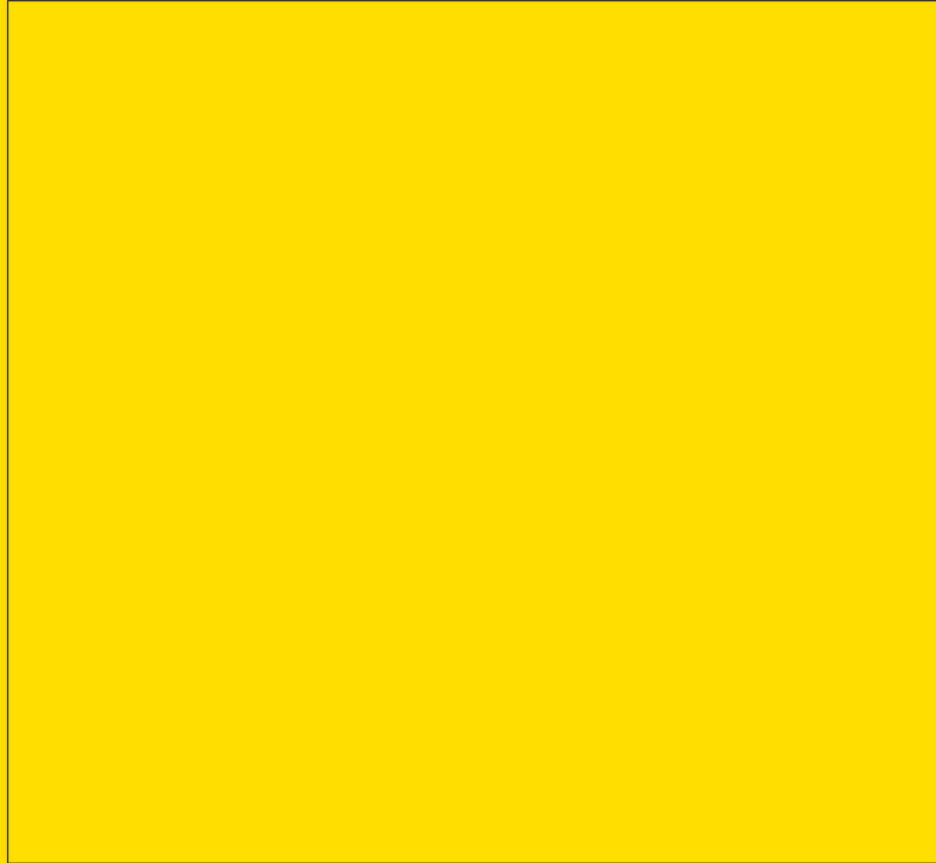
如果您對我們的隱私慣例有任何疑問，或您想要提出投訴或行使上述權力，請聯絡：

Customer Services – MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
New York, NY 10004

- 普通電話：1-800-303-9626，工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點
- **Medicare** 會員：1-866-986-0356，工作時間為每週 7 天，早 8 點至晚 8 點
- 聽力障礙電傳：711
- 電子郵件：**PrivacyOfficer@metroplus.org**



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



MetroPlusHealth Customer Services:

☎ **800.303.9626 (TTY: 711)**
After Hours: 800.442.2560

🌐 **metroplus.org**