

目录

| | |
|--|----|
| 欢迎加入 Hamaspik CHOIC | 2 |
| 承保资格和生效日期..... | 3 |
| 纽约独立评估机构和初步评估流程 | 4 |
| 参保 | 5 |
| 服务福利组合 | 7 |
| 获取服务..... | 14 |
| 选择提供者 | 16 |
| 护理管理..... | 17 |
| 服务授权、行动和申诉 | 19 |
| 投诉和投诉申诉 | 27 |
| 从 Hamaspik Choice 退保 | 29 |
| 收入超限..... | 32 |
| 退伍军人保障 | 33 |
| 文化和语言适应 | 33 |
| 权利与责任..... | 34 |
| Money Follows the Person (MFP)/Open Doors..... | 36 |
| 预先指示..... | 37 |
| 可根据要求提供更多信息 | 39 |
| 附录：隐私条例声明 | 40 |

欢迎加入 Hamaspik CHOICE

欢迎加入 Hamaspik CHOICE 长期保健。长期保健计划专为拥有白卡且需要健康护理和基于社区的长期服务和支持 (CBLTSS)（例如，家庭护理和个人护理）以尽可能长时间留在家中和社会的人士而设计。

我们很高兴您选择加入我们的计划！

本手册将说明您加入 Hamaspik Choice 长期保健后该计划承保的福利。它还会讲解如何申请服务、提出投诉或从 Hamaspik Choice 退保。请保留本手册作为参考。它包括有关 Hamaspik Choice 的重要信息。

会员服务提供的帮助

您可以全天候随时拨打下面的会员服务电话联系我们。会员服务部门有人可以为您提供帮助。

电话：855-552-4642

TTY 用户，请致电：711

周一至周五，上午 9:00 至下午 5:00

如果您在其他时间需要帮助，请拨打我们的同一电话号码，您将能够联系到我们的值班人员。

您可以获得另一种语言版本的信息，或者如果您有视力问题可以获得其他格式。请致电会员服务部，工作人员将为您提供帮助。您可以免费获得这些服务。

承保资格和生效日期

参保 Hamaspik CHOICE 是自愿行为。您应该在知情的情况下做出参保决定，并且您可以随时选择终止您的会员资格。如果您满足以下条件，您就有资格加入长期保健计划：

- 1) 年满 18 岁及以上，
- 2) 居住在计划的服务区域，其中包括纽约的以下区县：
 - 布朗克斯
 - 达奇斯县
 - 布鲁克林
 - 纳苏县
 - 曼哈顿
 - 奥兰治县
 - 帕特南县
 - 皇后区
 - 史丹顿岛
 - 罗克兰县
 - 萨福克县
 - 沙利文县
 - 阿尔斯特县
- 3) 参保白卡，
- 4) 仅参保白卡**并且**有资格享受疗养院级别的护理，或者年龄在 18-20 岁之间，同时参保白卡和红蓝卡。
- 5) 在参保时能够自行返回或留在您的家庭和社区，而不会危及您的健康和安全，**并且**
- 6) 自参保之日起连续超过 120 天，预计至少需要长期保健计划承保的以下一项基于社区的长期服务和支持 (CBLTSS)：
 - 居家护理服务
 - 居家治疗
 - 家庭健康助理服务
 - 居家个人护理服务
 - 成人日间医疗保健
 - 个人护理；或者
 - 亲属照顾计划

本手册中规定的承保范围自您参保 Hamaspik Choice 长期保健计划之日起生效。参保长期保健计划是自愿行为。

纽约独立评估机构和初步评估流程

2022年5月16日生效，Conflict Free Evaluation and Enrollment Center（无冲突评估和参保中心，CFEEC）现更名为 New York Independent Assessor（纽约独立评估机构，NYIA）。NYIA 管理所有长期保健计划的初始评估流程。NYIA 将在晚些时候开始加快初步评估。

初始评估过程包括两个评估：

- **社区健康评估 (CHA)**：CHA 由护士填写，用于确认您是否需要个人护理和/或消费者主导个人援助计划 (PCS/CDPAS)，以及是否有资格参加管理型长期护理计划。
- **临床预约和执业医师医指示 (PO)**：CHA 之后，来自 NYIA 的临床医生将在几天后填写临床预约和 PO。PO 记录您的临床预约并表明您：
 - 日常活动需要帮助，以及
 - 您的健康状况稳定，以便您可以在家中接受 PCS 和/或 CDPAS。

NYIA 将安排 CHA 和临床预约。CHA 将由经过培训的注册护士 (RN) 完成。CHA 之后，来自 NYIA 的临床医生将在几天后填写临床预约和 PO。

Hamaspik Choice 将使用 CHA 和 PO 结果来确定您需要哪些帮助并制定您的护理计划。

- 如果您的护理计划建议个人护理服务和/或亲属照顾计划平均每天超过 12 小时，则需要由 NYIA 独立评审小组 (IRP) 进行单独评估。IRP 是一个医疗专家小组，将评估您的 CHA、PO、护理计划和任何其他医疗文件。如果需要更多信息，小组成员可能会检查您的身体状况或与您讨论您的需求。然后，IRP 将就护理计划是否满足您的需求，向 Hamaspik Choice 提出建议。

一旦 NYIA 完成初始评估步骤并确定您有资格获得白卡管理型长期护理计划，您便可以选择加入哪个管理型长期护理计划。

参保

参保 Hamaspik Choice 包括几个步骤。该流程包括您、您的家人、您的医生、NYS Medicaid Choice 和 Hamaspik Choice。该流程包括以下步骤：

- 任何人（您、您的家人、朋友、医护服务提供者）都可以联系我们，告知我们您有意参保 Hamaspik CHOICE。当我们得知您有兴趣了解有关该计划的更多信息时，Hamaspik CHOICE 的一名工作人员将与您联系，安排我们的一名参保护士进行探访。
- 在参保探访期间，护士将详细讲解 Hamaspik Choice 长期保健计划，并将向您提供有关该计划的书面信息。他/她还将说明如何获得长期保健计划中的服务，并为您提供 Hamaspik Choice 网络提供者列表。
- 其将结合您的意见，设计一个个人护理计划，以满足您的医疗保健需求。
- 如有必要，参保护士或您的护理经理可能会联系您的医生讨论您的 PCSP。如果您希望我们与参与您的护理的其他人讨论您的 PCSP，请告知我们。
- 如果您决定加入 Hamaspik Choice，您将签署一份参保协议。您的参保必须得到 New York Medicaid Choice、当地社会服务部门 (LDSS) 或纽约州卫生部指定的其他实体的批准。
- 注意：如果您开始参保流程后改变主意，您可以在参保生效日期前一个月的 20 日中午之前撤回您的参保协议。

您可能会因以下任何原因而被拒绝参保：

- 您不符合第 5 页所列的一项或多项资格要求；
- 您之前曾被非自愿地从 Hamaspik CHOICE 中退保，并且导致您退保的状况没有改变。

Hamaspik CHOICE 不会基于年龄、性别、种族性别认同（包括变性人身份）、信仰、宗教、身体或精神残疾（包括性别不安、性取向、支付来源）、疾病或病情的类型、对医疗服务的需求、地点或来源，在参保或服务提供方面进行非法歧视。

参保生效日期

如果您在当月 20 日之前签署参保协议，并且您的参保获得 NY Medicaid Choice 或 DOH 指定的实体的批准，您的参保将在下个月的第一天生效。如果您在当月 20 日之后签署参保协议，您的参保将随后一个月受理，即下个月的第一天。

参保后，您将收到一张 Hamaspik CHOICE 会员身份卡。记住也要保管好您的常规白卡、红蓝卡和第三方保险卡。对于 Hamaspik CHOICE 未承保，但这些其他保险计划可能承保的服务，您将需要使用这些保险卡。

护理的连续性

如果您正从基于白卡社区的长期计划过渡，您将在参保后至少 90 天内继续根据您现有的服务计划获得服务。您的服务将获得与您通过白卡获得的服务相同级别、范围和金额的授权。

如果您因为之前的长期保健计划结束、缩小其服务区域或与其他长期保健计划合并而参保 Hamaspik CHOICE，您有权在参保后最多 120 天内保留之前的个人护理计划。您的服务将获得与您通过之前的长期保健计划获得的服务相同级别、范围和金额的授权。

在 90 天或 120 天的过渡期内（取决于上述情况），Hamaspik CHOICE 将完成对您需求的评估。如果 Hamaspik Choice 随后决定更改授权的服务，您将收到一份行动通知，其中阐明了您提出申诉的权利。当您请求申诉或公平听证会时，您将有权继续获得相同的服务。

服务福利组合

护理管理服务

作为我们计划的会员，您将获得护理管理服务。我们的计划将为您提供一名护理经理，该经理是一名医疗保健专业人员——通常是一名护士或一名社会工作者。您的护理经理将与您和您的医生一起决定您需要的服务，并制定护理计划。您的护理经理还将帮助您安排您需要的任何服务的预约，并安排前往这些服务场所的交通接送。

我们的护理经理全天候随时待命。如果您在我们的办公室休息时间需要帮助，请拨打我们的总机号码 (855-552-4642)，值班人员将为您提供帮助。

承保的长期保健服务

由于您参保白卡并且符合长期保健的资格，我们的计划将安排并支付下列医疗保健和社会服务。只要在医疗方面有必要，您就可以获得这些服务。这意味着需要这些服务来预防或治疗您的疾病或残疾。您的护理经理将帮助确定您需要的服务和提供者。在某些情况下，您可能需要转诊或医生的医嘱才能获得这些服务。（对于这些服务，您的护理经理将帮助您从医生那里获得所需的信息。）

以下服务由同意与 Hamaspik CHOICE 合作的签约提供者提供。本手册的下一节将对它们进行更详细的说明。

- 成人日间医疗保健
- 听力和助听器
- 消费者主导个人援助计划
- 牙科
- 耐用型医疗器材
- 家庭护理（包括护理、家庭健康护理、物理治疗、职能治疗、语言病理学和医疗社会服务）
- 家庭送餐和集体用餐
- 非紧急医疗运输
- 疗养院护理
- 营养调理
- 验光和眼镜
- 个人护理
- 个人紧急响应系统
- 足部医疗

- 康复疗法（物理疗法、职能疗法、言语治疗或在您家中以外的环境中提供的其他疗法。）
- 呼吸治疗
- 个人护理
- 社会成人日间护理
- 社会和环境支持

除以下服务外，上述所有服务都需要事先批准：

- 听力 - 每年一次例行检查
- 牙科护理 - 每年最多两次的常规牙科检查和紧急牙科护理
- 验光检查和眼镜 - 常规验光检查（包括屈光检查），以及每两年一次享受白卡费率的框架眼镜处方镜片
- 足部医疗咨询 - 每年一次，适用于因病情需要的会员

有关 Hamaspik CHOICE 的服务和福利的更多信息

成人日间医疗保健：成人日间医疗保健服务在居民区医疗保健机构或州批准的地点提供。成人日间医疗保健提供的服务可能包括：医疗、护理、食品和营养、社会服务、康复治疗、休闲活动、牙科、药物和其他辅助服务。

亲属照顾计划：在会员或会员指定代表的指导、监督和指示下，由消费者主导个人援助计划提供个人护理服务、家庭健康助理服务和熟练护理任务的部分或全部协助。个人助理通过财务中介机构支付报酬，该机构是一家与 Hamaspik Choice 签订合同以管理这些工作人员的工资和福利的公司。

要参与消费者主导个人援助计划，您必须满足以下资格要求：

- 健康状况稳定；
- 自我指导，或者，如果不是自我指导，则有指定的代表
- 愿意并能够履行会员的责任，或有指定的代表愿意并能够履行这些责任；以及
- 根据需要参与或指定一名代表参与所需的评估和重新评估过程。

当您参保 Hamaspik CHOICE 时，我们将与您讨论 CDPAS 作为您的长期保健计划中提供的一项自愿健康福利。如果您想了解更多关于 CDPAS 的信息，请咨询您的护理经理。

牙科服务：如果您愿意，您的 Hamaspik CHOICE 护理经理可以帮助您选择牙医或进行预约。

- Hamaspik CHOICE 与 DentaQuest 网络签约提供牙科服务

- 在您的护理经理的帮助下，您可以选择您所在地区与 Hamaspik CHOICE 签约的提供者来为您提供服务
- 预约时，请务必告知办公室 Hamaspik CHOICE 是长期保健计划
- 带上您的 Hamaspik CHOICE ID 卡按预约获得服务
- 每年最多两次的常规牙科检查和紧急牙科护理无需事先批准
- 绝不会要求您自掏腰包支付与您的护理相关的任何费用。请告知您的护理经理您是否曾经被要求向提供者付款。您的费用应该完全由 Hamaspik CHOICE 承保。

耐用型医疗器械 (DME): Hamaspik CHOICE 负责协调耐用型医疗器械 (DME) 的供应。DME 说明了执业医师订购的用于家庭的装置和设备，并且说明了用于治疗的特定病情。DME 具有以下特点：

1. 可经受长时间反复使用
2. 主要并且通常用于医疗用途
3. 在没有生病或受伤的情况下通常用不上；以及
4. 通常不是为特定个人的使用而安装、设计或制造的。

此类服务还包括：医疗和外科用品、助听器电池、假肢、矫形器、矫形鞋、呼吸治疗（包括吸氧）和营养补充剂。

- **医疗和手术用品：**Hamaspik CHOICE 将与您的医疗保健专业人员就所需的医疗和手术用品进行协调。这些是除药物、假肢或矫形器具和装置、耐用型医疗器械或矫形鞋之外的医疗用途物品，由执业医师在治疗特定疾病时订购，通常是消耗品、不可重复使用的、一次性的、用于特定用途，一般没有残值
- **吸氧和呼吸治疗：**Hamaspik CHOICE 将确保这些服务由合格的呼吸治疗师提供。
- **假肢和矫形器：**Hamaspik CHOICE 将协调假肢器具和装置的供应。假肢器具和装置是替代身体任何缺失部分的用具。矫形器具和装置是用于支撑虚弱或变形的身体部位，或者限制或避免身体患病或受伤部位移动的装置。矫形鞋是用于矫正、适应或预防脚踝或足部患病或受伤部位的身体缺陷或运动范围失能的鞋子、鞋子矫形器或鞋子附加物；支撑脚踝或足部薄弱或变形的结构，或形成支架的一个组成部分。
- **肠内营养粉剂和营养补充剂：**根据白卡指南，肠内营养粉剂和营养补充剂的承保范围仅限于无法通过任何其他方式获得营养的个人，并且仅限于以下情况：
 - (1) 无法咀嚼或吞咽食物并且必须借管子通过营养粉剂获取营养的管饲患者；以及
 - (2) 患有罕见的先天性代谢紊乱的个人，他们需要特定的医学营养配方，来提供无法通过任何其他方式获得的必需营养素。

(3) 某些氨基酸和有机酸代谢遗传性疾病的承保范围应包括低蛋白或含有改性蛋白质的改性固体食品。

眼科检查和眼镜：Hamaspik CHOICE 与 EyeQuest 网络签订了视力服务合同，其中包括眼科检查和配眼镜等验光服务。

- 在您的护理经理的帮助下，您可以选择您所在地区与 Hamaspik CHOICE 签约的提供者来为您提供服务
- 预约时，请务必告知办公室 Hamaspik CHOICE 是长期保健计划
- 您有资格每两年进行一次眼科检查和配一副眼镜

听力检查和助听器：听力检查和助听器由听觉医生提供。在无需授权的情况下，您可以在听觉医生处就诊一次，进行常规听力检查。但是，如果您认为您可能需要进行听力检查，请咨询您的护理经理。我们可能会要求您先去看医生，以确保其他健康问题不会影响您的听力。

- 如果您需要对助听器方面进行评估，您必须在接受评估之前获得医生的转诊
- 如果您需要助听器或任何其他听力服务，请咨询您的护理经理以获得这些服务的授权。
- 助听器附带的产品包括：
 - 助听器；
 - 耳模；
 - 电池；
 - 特殊配件；和
 - 备用零件。

送餐上门：Hamaspik CHOICE 可以授权根据您的 PCSP 提供的送餐上门或集体用餐服务。

家庭医疗保健服务：Hamaspik CHOICE 将协调服务的提供，其中可能包括护士、社会工作者、营养师、物理治疗师、职能治疗师和言语治疗师的护理。这些服务旨在帮助预防、康复、指导和/或支持您的健康。

非紧急医疗运输。Hamaspik CHOICE 将安排并支付您的非紧急交通服务费用，以便获得由 Hamaspik CHOICE、白卡或红蓝卡报销的必要医疗服务。服务将由汽车服务、急救车或救护车提供，具体取决于您的需要。如果您需要急救车或救护车运送，Hamaspik CHOICE 将仅使用经批准的 Medicaid 提供者。

请按照以下重要说明申请运输服务：

- Hamaspik CHOICE 提供的运输服务用于非紧急医疗预约。如果您患病需要立即去医院或急诊室，请立即拨打 911。
- 所有交通接送申请必须至少提前 2 个工作日提出
- 致电要求交通接送时，请提供医生的姓名、科室和电话号码。我们需要这些信息来安排您的行程。
- 预约确认将由我们的会员服务部门致电服务场所以核对您的预约。
- 如果您的预约时间/日期有任何变化，请尽快致电我们的交通接送部门
- 我们尽量满足对特定运输提供商的要求；协调调度始终取决于提供商的可用性
- 如果您需要在区县外看专科医生，您当地的家庭医生将需要填写一份 *Out of County Form* (区县外服务表格)，其中注明您必须前往区县外获得服务的原因。应至少提前 10 天提出区县外服务行程的申请。
- 如需安排行程，请在周一至周五上午 9:00 至下午 5:00 的工作时间来电咨询
- 你也可以在我们的网站 www.hamaspikchoice.org 上在线安排您的交通接送

疗养院护理：有时，Hamaspik CHOICE 在与您、您的家人和您的医生协商后，可能会决定您有必要留在疗养院。如果遇到这种情况，您的护理经理将帮助安排您入住疗养院的半私人房间。只有在医疗方面有必要时，私人房间才属于承保范围内。Hamaspik CHOICE 不承保非医疗项目，例如电话费或电视租赁费。如果您需要永久安置在护理机构，您的 Medicaid 资格将从“社区”转换为“机构”。如果当地社会服务部 (LDSS) 确定您不符合机构承保的资格，则 Hamaspik CHOICE 需要启动非自愿退保。

- 注意：疗养院护理对于被视为永久安置至少三个月的个人属于承保范围。在该时间段之后，您的疗养院护理可能会通过常规白卡承保，并且您将从 Hamaspik Choice 退保。

营养服务：Hamaspik CHOICE 的网络内营养师可以评估您的饮食需求，以确保您的饮食满足您的需求。

个人护理：Hamaspik CHOICE 将协调个人护理的提供，并根据对您的需求的评估确定，帮助您进行诸如洗澡、个人卫生、穿衣、准备饭菜和饮食以及其他居家支持等活动。

个人紧急响应系统 (PERS)：PERS 是一种电子设备，使您能够在紧急情况下寻求帮助，而无需伸手去拿电话

个人护理 (PDN)：Hamaspik CHOICE 将根据医生的医嘱，由有执照的注册专业护士或有执照的执业护士 (RN 或 LPN) 在参保人的永久或临时居住地协调 PDN 服务。

康复治疗：可根据您的需要在门诊地点提供 Hamaspik CHOICE 门诊康复服务。这些服务包括：物理治疗、职能治疗和语言病理学，它们是康复服务、职能治疗或言语病理学治疗，旨在最大程度地减少身体或精神残疾并恢复到您的最佳身体功能水平。

足部医疗/足部护理：足部护理由 Hamaspik CHOICE 提供者网络中列出的有执照的足病医生提供。如果 Hamaspik CHOICE 的临床部门认为有必要，可以承保足部的常规卫生护理、鸡眼和老茧的治疗、指甲的修剪以及其他卫生护理，例如清洁或泡脚。对于病情有需要的会员，每年一次的足病咨询无需事先批准或授权。

社会和环境支持：社会和环境支持包括但不限于：临时护理、家庭维护任务、家务服务、害虫防治和改善安全的住房改造。

社会日间护理：社会日间护理是一项结构化的计划，可在保护性环境中为您提供社交、监督、监护和营养服务。您还可以获得诸如提高日常生活技能、个人护理、交通接送和护理人员协助等服务。

为承保服务支付提供者费用

Hamaspik CHOICE 负责支付批准的承保服务费用。只要您获得授权，您就无需为承保服务支付费用。如果您收到承保服务的账单，请尽快告知您的护理经理，以便我们及时更正此错误。

此外，如果您有第三方健康保险，请告知我们，以便我们协调您的承保服务福利。

我们的计划不承保白卡服务

Hamaspik Choice 不承保某些白卡服务，但常规白卡可能承保。您可以使用您的白卡福利卡从任何接受白卡的提供者处获得这些服务。如果您对某项福利是否由 Hamaspik Choice 或白卡承保有疑问，请致电 855-552-4642 联系会员服务部。白卡使用您的白卡福利卡所承保的一些服务包括：

药店

- 如果您参保红蓝卡，大多数处方药和非处方药以及复合处方药都属于常规红蓝卡或红蓝卡 D 部分的承保范围。

某些心理健康服务，包括：

- 强化精神康复治疗
- 日间治疗
- 严重和持续性精神疾病的病例管理（由州或地方精神卫生部门发起）

- 红蓝卡不承保的部分医院护理
- 为社区家庭或接受家庭治疗的人士提供康复服务
- 持续日间治疗
- 积极的社区治疗
- 个性化的康复导向服务

某些智力和发育障碍服务，包括：

- 长期治疗
- 日间治疗
- 白卡服务协调
- 根据家庭和社区服务豁免获得的服务

其他白卡服务包括：

- 美沙酮治疗
- TB（肺结核）的直接观察治疗
- HIV COBRA 病例管理
- 家庭计划（当符合条件时，包括某些医学上必要的促排卵药物）

Hamaspik Choice 或白卡不承保的服务

如果您的提供者事先告诉您服务不在承保范围内并且您同意支付服务费用，则您必须为 Hamaspik Choice 或白卡不承保的服务付费。Hamaspik Choice 或白卡未承保的服务例子包括：

- 整容手术，如果并非医疗需要
- 个人和舒适用品
- 不属于计划的提供者的服务（除非将您送到该提供者处）

如果您有任何疑问，请致电 855-552-4642 联系会员服务部。

获取服务

您可以随时拨打 (855) 552-4642，全天候联系 Hamaspik CHOICE。您的个人护理计划明确了您将获得的服务。有关您的 PCSP 的更多信息，请参阅本手册的护理管理部分。Hamaspik CHOICE 还将协调您需要的服务，无论这些服务是否在承保范围内。

Hamaspik CHOICE 要求您在获得服务后的两个工作日内将您获得的任何未承保的服务通知我们，以便该信息可以包含在您的 PCSP 中。如果至少提前 48 小时通知我们，我们可以安排往返于服务提供者处的相应交通接送，并确保无缝提供服务。如果您住院，请务必告知我们，因为我们可以协调您的出院计划，并确保您在回家后获得所需的服务。

紧急护理

如果您需要紧急护理，请致电您的医生。如果您必须在安排例行医疗就诊之前就医，紧急护理是为防止您的健康因不可预见的疾病或伤害导致严重恶化，而在医疗方面必需提供的任何服务。

请尽快告知我们您需要紧急护理，以便我们对您的 PCSP 进行任何必要的更改。

紧急护理

紧急服务是指评估和稳定紧急医疗状况所需的必要医疗服务。紧急情况是指您遇到医疗或行为状况，其突然发作，表现为包括剧痛在内的足够严重的症状，这是一个拥有一般医学和健康知识的谨慎的外行人，可以合理地预期没有立即就医可能：(1) 导致您的健康处于严重危险之中，或者在行为状况的情况下，使您或他人的健康处于严重危险之中；(2) 严重损害您的身体机能；(3) 导致身体任何器官或部分严重功能障碍；(4) 严重毁容。

您无需事先获得 Hamaspik CHOICE 的批准即可进行紧急医疗状况的治疗。如果您需要紧急服务，请立即拨打 911。仔细聆听问题，回答他们的问题，并按照给您的任何指示进行操作。如果调度员确定您面临紧急医疗情况，他们会安排救护车将您送往最近的医院急诊室。

如果您住院

如果您住院，请务必让您、您的家人或朋友尽快致电您的 Hamaspik CHOICE 护理经理或致电 Hamaspik CHOICE。（请拨打以下号码联系我们：1-855-55-CHOICE。）我们的工作人员将重新安排您在此期间可能错过的任何预定服务，并且您的护理经理将开始对您的 PCSP 进行任何必要的更改。当您出院时，我们将帮助您避免在您需要的服务中出现任何不必要的差距。您的护理经理还将评估您的 PCSP，并将授权出院后可能需要的任何新服务。

在非工作时间获得帮助

我们始终鼓励您致电您的护理经理寻求任何帮助。您的护理经理最了解您和您的需求。但是，如果您在下班后或周末或节假日有任何紧急问题或需要帮助，只需拨打我们的 24 小时免费电话 - 855-552-4642 - 随时待命的代表将为您提供帮助。

服务区域外的服务

如果您在我们的服务区域之外时健康状况有任何变化，您应该致电您的护理经理或 Hamaspik CHOICE 的总机号码并要求与护士通话。护士将协助您协调您需要的服务。

任何时候您计划离开该地区，您都应该通知您的护理经理，以便我们可以帮助您安排您离开该地区时的必要医疗服务，并且我们可以暂停您的定期服务，直到您返回，以及确保在您返回后有需要时可以使用这些服务。您离开服务区域的时间不得连续超过 30 天，并保持 Hamaspik CHOICE 的参保状态。当您连续外出超过 30 天时，我们需要启动非自愿退保流程（有关更多信息，请参阅“承保范围终止”部分）。

选择提供者

对于承保服务，Hamaspik CHOICE 拥有提供者网络，可提供高质量护理，并致力于帮助您实现尽可能独立自主的 Hamaspik CHOICE 使命。Hamaspik CHOICE 提供者名单将在初步评估后提供给您，并可在我们的网站上找到：www.hamaspikchoice.org。提供者目录每月更新所有新提供者。此外，可根据要求将更新的提供者目录邮寄给您。

如果您希望更换提供者，请致电您的护理经理，他将帮助您确定我们网络中的其他提供者。我们希望您对所获得的服务感到满意。如果您希望我们将其他提供者纳入我们的网络，请告知我们，我们将探索该选项。

Hamaspik CHOICE 致力于建立和维护能够以符合文化的方式提供服务的提供者网络。我们的提供者网络包括能够与不会说英语、来自不同文化和种族背景以及宗教信仰的会员合作的组织和人员。如果 Hamaspik CHOICE 在其网络中没有提供者具备培训和专业知识的来满足您的 PCSP 中包含的专业医疗保健需求，我们将批准来自我们网络之外的提供者的服务。

如果您使用的网络提供者不再在网络中，我们会立即通知您，并协助您从我们的网络中选择另一个提供者。如果您正处于某个治疗过程中，您可以继续使用提供者最多 90 天的时间。如果您是会员，您可以在最长 60 天的过渡期内继续获得网络外提供者的持续治疗。在任何一种情况下，都需要 Hamaspik CHOICE 的许可，并且取决于提供者是否愿意接受 Hamaspik CHOICE 的付款，并遵守我们的政策和程序。

如果您需要红蓝卡服务，您可以自由选择这些服务的提供者。但是，当红蓝卡停止为这些服务付费时，您必须使用网络提供者才能让 Hamaspik CHOICE 继续承保该服务。

护理管理

Hamaspik CHOICE 的护理管理计划可确保您的服务以符合您个人需求的方式提供并得到适当协调。护理管理是指帮助您获得必要的承保服务的流程，如下一页所述的个人护理计划中确定的那样。护理管理服务包括为您转诊、协助或协调服务，以及监督您的服务以确保它们有效满足您的需求。

护理管理侧重于您的医疗、社会、教育、社会心理、财务和其他支持 PCSP 的服务，无论所需服务是否包含在福利组合中或由其他人提供。

Hamaspik CHOICE 护理经理包括代表各种背景并拥有相关学位的工作人员，例如护士和社会工作者，以满足您的需求。我们的员工来自不同的文化和种族背景以及宗教信仰。如果您对您的护理经理不满意，您可以要求更换，我们将尽一切努力满足您的要求。

护理管理计划包括以下组成部分：

- 每月至少为您提供一次护理管理电话联系沟通
- 每六 (6) 个月为您提供至少一次护理管理探访
- 确保护理管理的水平和程度以及您的个人护理计划满足您的需求，并符合您身体和精神状况的敏锐度和严重程度；
- 监督您的护理计划，以确保您获得包含的服务，并确保这些服务满足您的需求；
- 在与您制定护理计划时，与您讨论可用的服务选项；
- 对参保人/会员联系人的响应时间最长为一个工作日。

您可以随时拨打 (855) 552-4642，全天候联系 Hamaspik CHOICE 护理管理工作人员，以获取信息或紧急咨询服务。

Person Centered Service Plan (PCSP)

Person Centered Service（以个人为中心的服务）规划是护理管理的重要组成部分。每个 Hamaspik CHOICE 会员都有一个个人的个人护理计划，这是您的书面护理计划，概述了您的健康和长期护理需求和目标，并包括授权满足您需求的所有服务。个人护理计划规划包括考虑您当前和独特的社会心理和医疗需求和过往情况，以及您的个人优势、个人偏好和支持系统。

在制定您的 PCSP 时，您的护理经理将与您讨论您的目标和需求，以及您希望如何获得服务的偏好。您的护理经理也可能会与您的家人或其他护理人员以及您的医生进行沟通，听取他们的意见。如果您希望您的护理经理向特定人士询问情况，请告知他/她。您的护理计划将在参保或每次重新评估后的十五 (15) 天内制定。您的护理经理将要求您签署您的护理计划，并且您将收到一份副本供您备案。

服务授权、行动和申诉

当您申请批准某项治疗或服务时，这称为**服务授权申请**。如需申请服务授权，您应该联系您的护理经理。您可以拨打我们的会员服务电话 855-552-4642 联系您的护理经理。您的提供商也可以拨打此号码代表您申请服务授权。

此外，您或您的提供者可以通过书面形式申请授权。请将您的申请发送至：

Hamaspik Choice
收件人：Utilization Management
775 N. Main St.
Spring Valley, NY 10977

我们将授权一定金额和特定时间段的服务。这被称为**授权期**。

事先授权

某些承保服务需要 Hamaspik Choice 的事先授权（或事先批准），然后您才能获得这些服务，或者才能继续获得这些服务。您或您的提供者或您信任的人士可以提出该要求。您可以通过上面列出的地址或电话号码联系您的护理经理，申请事先授权。以下服务必须经过批准才能获得：

- 家庭医疗保健（包括护理、康复治疗、社会工作和家庭医疗保健助理服务）
- 个人护理
- 消费者主导个人援助计划 (CDPAS)
- 成人日间医疗保健
- 社会成人日间护理
- DME（包括医疗/手术用品、肠内和肠外营养粉剂、助听器电池、假肢、矫形器和矫形鞋）
- 个人紧急响应系统（PERS）
- 在门诊环境中提供的物理治疗、职能治疗或言语治疗
- 非紧急运输
- 助听器及相关产品
- 呼吸治疗
- 营养服务
- 个人护理
- 送餐上门，或在集体环境中用餐
- 社会和环境支持

同步评估

您也可以要求 Hamaspik Choice 提供比现在更多的服务。这就是所谓的**同步评估**。

回顾性评估

有时我们会评估您正在接受的护理，了解您是否仍然需要护理。我们还可能评估您已经获得的其他治疗和服务。这就是所谓的**回顾性评估**。如果我们进行这些评估，我们会告知您。

我们收到您的服务授权申请后会发生什么情况？

该计划有一个评估小组，以确保您获得我们承诺的服务。评估小组中有医生和护士。他们的工作是确保您要求的治疗或服务符合医学需要并且适合于您。为此，他们根据可接受的医疗标准来检查您的治疗计划。

我们可能会决定拒绝服务授权申请或批准低于申请的金额。这些决定将由合格的医疗保健专业人员做出。如果我们确定所申请的服务不是医学方面必需的，则将由临床同行评审员做出决定，他们可能是医生、护士或通常提供您所申请的护理的医疗保健专业人员。您可以申请被称为**临床评估标准**的特定医疗标准，用于决定与医疗必要性相关的举措。

在收到您的申请后，我们将根据**标准**或者**快速通道**流程对其进行评估。如果确定延误会对您的健康造成严重伤害，您或您的医生可以要求进行**快速通道**评估。如果您申请**快速通道**评估被拒绝，我们会告知您，并且您的申请将在标准评估流程下得到受理。在任何情况下，我们都会根据您的健康状况要求尽快评估您的申请，但不得迟于下文所述的时间。

事先授权申请时间表

- **标准评估**：我们将在获得所需的所有信息后的 3 个工作日内就您的申请做出决定，但您将在我们收到您的申请后的 14 天内收到我们的回复。如果我们需要更多信息，我们将在 14 天内通知您。
- **快速通道评估**：我们将做出决定，您将在 72 小时内收到我们的回复。如果我们需要更多信息，我们会在 72 小时内通知您。

同步评估申请时间表

- **标准评估**：我们将在获得所需的所有信息后的 1 个工作日内做出决定，但您将在我们收到您的申请后的 14 天内收到我们的回复。

- **快速通道评估:** 当我们获得所需的所有信息后, 我们将在 1 个工作日内做出决定。我们收到您的申请后, 您将在 72 小时内收到我们的回复。如果我们需要更多信息, 我们会在 1 个工作日内通知您。

如果我们需要更多信息

如果我们需要更多信息来对您的服务申请做出标准或快速通道评估决定, 则上述时间范围最多可延长 14 天。如果发生这种情况, 我们将:

- 以书面形式通知您需要哪些信息。如果您的申请属于 *快速通道* 评估, 我们会立即给您打电话, 并且稍后会发送书面通知。
- 我们会告知您为什么延迟符合您的最佳利益。
- 当我们收到必要的信息时, 会尽快做出决定, 但不得迟于我们要求提供更多信息之日起 14 天。

您、您的提供者或您信任的人也可以要求我们花更多时间做出决定。这可能是因为有更多信息可以提供给计划, 以帮助就您的情况做出决定。这可以通过致电 855-552-4642 或联系您的护理经理来完成。您也可以通过将申请发送至以下地址, 来以书面形式申请延期:

Hamaspik Choice
收件人: Utilization Management
775 N. Main St.
Spring Valley, NY 10977

如果您不同意我们花更多时间评估您申请的决定, 您或您信任的人可以向该计划提出投诉。您或您信任的人也可以致电 1-866-712-7197 向纽约州卫生部投诉评估时间。

如果我们对您要求的部分或全部内容的回答是肯定的, 我们将授权服务或满足您的要求。

如果我们对您要求的部分或全部内容的回答是否定的, 我们将向您发送书面通知, 说明我们拒绝的原因。请参阅 *如何针对举措提出申诉?* 下一页说明了如果您不同意我们的决定如何提出申诉。

什么是举措?

当 Hamaspik Choice 拒绝或限制您或您的提供者申请的服务时; 拒绝转诊申请; 确定申请的服务不属于承保福利; 限制、减少、暂停或终止我们已经授权的服务; 拒绝支付服务费用; 不及时提供服务; 或未在要求的时限内做出投诉或申诉决定, 这些被视为计划“举措”。可以对举措提出申诉。(请参阅以下部分: *如何针对举措提出申诉?* 了解更多信息。)

举措通知的时间

如果我们决定拒绝或限制您申请的服务，或者决定不支付全部或部分承保服务的费用，我们会在做出决定时向您发送通知。如果我们提议限制、减少、暂停或终止已授权的服务，我们将在计划更改服务前至少 10 天发出信函。

举措通知的内容

我们向您发送的任何有关某项举措的通知将：

- 说明我们已经采取或计划采取的举措；
- 说明采取举措的原因，包括临床原理（如果有）；
- 说明您向我们提出申诉的权利（包括您是否也有权使用州的外部申诉程序）；
- 说明如何提出内部申诉，以及您可以要求我们加快（加速）我们对您内部申诉的评估的情况；
- 如果涉及医疗必要性问题或所涉及的治疗或服务是试验性的或研究性的，则会说明做出决定所依赖的临床评估标准的可用性； **以及**
- 说明您和/或您的提供商必须提供的信息（如果有），以便我们做出关于申诉的决定。

该通知还将告知您有关申诉和州公平听证会的权利：

- 其将说明申诉和公平听证会之间的区别；
- 其会告知您必须在要求公平听证会之前提出申诉； **以及**
- 其将说明如何提出申诉。

如果我们减少、暂停或终止授权服务，该通知还将告知在您的申诉被裁定期间您有权继续获得服务。如需继续获得服务，您必须在通知日期或拟议举措的预期生效日期（以较晚者为准）起 10 天内提出申诉。

如何针对举措提出申诉？

如果您不同意我们采取的举措，您可以进行申诉。当您提出申诉时，这意味着我们必须重新评估我们采取举措的原因，以决定我们是否正确。您可以通过口头或书面形式对计划的举措提出申诉。当计划向您发送有关其正在采取的举措（例如拒绝或限制服务，或不支付服务费用）的信函时，您的申诉请求必须在通知日期后 60 天内提出。如果我们正在减少、暂停或终止和授权服务，并且您希望在您的申诉被裁定期间继续获得服务，您必须在通知日期或拟议举措的预期生效日期后 10 天内（以较晚者为准）提出申诉。

我如何联系我的计划提出申诉？

可以拨打 855-552-4642 联系我们。或者您可以将您的书面申诉邮寄给我们：

Hamaspik Choice
收件人：Utilization Management
775 N. Main St.
Spring Valley, NY 10977

收到您的申诉的人员将进行登记，并且相关人员将监督对申诉的评估。我们将发送通知，告知您我们已收到您的申诉，以及我们将如何处理。您的申诉将由知识渊博的临床工作人员进行评估，他们没有参与您申诉的计划的初始决定或举措。

对于某些举措，您可以在申诉过程中要求继续获得服务

如果您对您当前有权获得的服务的限制、减少、暂停或终止提出申诉，您必须申请计划申诉，以便在您的申诉被裁定期间继续获得这些服务。如果您在关于限制、减少、暂停或终止服务的通知之日起 10 天内或拟议举措的预期生效日期（以较晚者为准）起 10 天内提出计划申诉，我们仍然必须继续为您提供服务。（要了解如何申请计划申诉，以及如何申请援助以继续获得服务，请参阅上面的“*如何针对举措提出申诉？*”。）

尽管您可以要求继续获得服务，但如果计划申诉的裁决并非对您有利，我们可能会要求您支付这些服务的费用，前提是提供这些服务只是因为您在评估您的情况期间要求继续获得这些服务。

计划需要多长时间才能裁决我对举措的申诉？

除非您的申诉得到快速处理，否则关于您对我们采取的举措的申诉，我们会对其进行标准申诉评估。我们将根据您的健康状况要求尽快向您发送书面决定，但不得迟于我们收到申诉之日起 30 天。（如果您要求延期或我们需要更多信息，评估期可增加至 14 天，并且延迟符合您的利益。）在我们的评估期间，您将有机会亲自以书面形式陈述您的情况。我们还将向您发送您的记录，这些记录是申诉评估的一部分。

我们将向您发送关于我们对您申诉所做决定的通知，其中将指明我们所做的决定以及我们做出该决定的日期。

如果我们撤销拒绝或限制所申请服务的决定，或者限制、减少、暂停或终止服务，并且在您的申诉待决期间未提供服务，我们将根据您的健康状况要求尽快为您提供有争议的服务。在某些情况下，您可以要求“*快速通道*”申诉。（请参阅下面的“*快速通道申诉程序*”部分。）

快速通道申诉程序

如果申诉是关于您要求提供更多您已经获得的服务，我们将始终加快评估速度。如果您或您的提供者认为花时间进行标准申诉可能会对您的健康或生活造成严重问题，您可以要求*快速通道*评估您对该举措的申诉。我们将在收到所有必要信息后的 2 个工作日内回复您我们的决定。在任何情况下，我们发布决定的时间都不会超过收到您的申诉后的 72 小时。

（如果您要求延期或我们需要更多信息，评估期可增加至 14 天，并且延迟符合您的利益。）

如果我们不同意您加快申诉的请求，我们将尽最大努力亲自与您联系，让您知道我们拒绝了您的*快速通道*申诉请求，并将按照标准申诉进行处理。此外，我们将在收到您的申请后 2 天内向您发送书面通知，告知我们拒绝您*快速通道*申诉申请的决定。

如果计划拒绝我的申诉，我该怎么办？

如果我们关于您申诉的决定不完全对您有利，您收到的通知将说明您向纽约州申请白卡公平听证会的权利以及如何获得公平听证会，谁可以代表您出席公平听证会，对于某些申诉，您在听证会未决期间申请获得服务的权利以及如何提出申请。

注意：您如果申请公平听证会，必须在最终不利裁决通知日期后的 120 个日历日内提出。如果我们因医疗必要性问题或因为相关服务是试验性或研究性的问题而拒绝您的申诉，该通知还将说明如何向纽约州申请针对我们的决定提出“外部申诉”。

州公平听证会

如果我们拒绝您的计划申诉或未能在上述“*计划需要多长时间才能裁决我对举措的申诉？*”章节概述的时间范围内提供最终不利决定通知，您可以向纽约州申请举行公平听证会。公平听证会的裁决可以推翻我们的决定。您如果申请公平听证会，必须在我们向您发送最终不利裁决通知之日起 120 个日历日内提出。

如果我们要减少、暂停或终止授权服务，而您希望确保您的服务在公平听证会期间继续提供，您必须在最终不利裁决通知发布之日起 10 天内提出公平听证会申请。

您的福利将一直持续到您撤回公平听证会或州公平听证会官员发布不利于您的听证会决定为止，以先发生者为准。

如果州公平听证会官员推翻我们的决定，我们必须确保您在健康状况需要的情况下及时获得有争议的服务。如果您在上诉未决期间获得了有争议的服务，我们将负责支付公平听证会官员订购的承保服务的费用。

虽然您可以在等待公平听证会决定期间要求继续提供服务，但如果您的公平听证会没有做出对您有利的决定，您可能要支付公平听证会所涉服务的费用。

您可以通过以下任何方式联系临时和残障援助办公室 (OTDA) 来申请州公平听证会：

- 在线申请表： [申请听证会 | 公平听证会 | OTDA \(ny.gov\)](#)
- 将打印版申请表邮寄至：
纽约州临时和残障援助办公室
行政听证会办公室
管理式医疗听证会
P.O.Box 22023
Albany, New York 12201-2023
- 将打印版申请表传真至： (518) 473-6735
- 电话申请：
 - 标准公平听证会热线 - 1 (800) 342-3334
 - 紧急公平听证会热线 - 1 (800) 205-0110
 - TTY 专线 - 711 (要求接线员拨打 1-877-502-6155)
- 现场申请：
 - 纽约市：
14 Boerum Place, 1st Floor
Brooklyn, New York 11201
 - 奥尔巴尼：
40 North Pearl Street, 15th Floor
Albany, New York 12243

有关如何申请公平听证会的更多信息，请访问：

<http://otda.ny.gov/hearings/request/>

州外部申诉

如果因为我们确定该服务不是医疗必需的或者是试验性或研究性的，我们拒绝您的申诉，您可以向纽约州提出外部申诉。外部申诉由不为我们或纽约州工作的评估人员进行裁决。这些评估人员是纽约州批准的合格人员。您不必为外部申诉付费。

当我们因缺乏医疗必要性或服务是试验性或研究性服务而决定拒绝申诉时，我们将向您提供有关如何提出外部申诉的信息，包括提出外部申诉的表格以及我们拒绝申诉的决定。

如果您要进行外部申诉，您必须在我们拒绝您的申诉之日起四个月内向纽约州金融服务局提交表格。

您的外部申诉将在 30 天内作出决定。如果外部申诉评估员要求提供更多信息，则可能需要更多时间（最多 5 个工作日）。评估员将在做出决定后的两个工作日内将最终决定告知您和我们。

如果您的医生表示延迟会对您的健康造成严重伤害，则您可以更快地获得裁决。这被称为快速通道外部申诉。外部申诉评估员将在 72 小时或更短时间内裁决快速通道申诉。评估员会立即通过电话或传真将决定告诉您和我们。稍后，将寄出一封信函告诉您裁决结果。

您可以申请公平听证会和外部申诉。如果您申请公平听证会和外部申诉，则公平听证会官员的裁决将是“最重要的”。

投诉和投诉申诉

Hamaspik Choice 将始终尽最大努力尽快处理您的疑虑或问题，并让您感到满意。但是，如果您对从我们的计划中获得的任何服务有任何疑问，我们希望了解相关情况，以便我们可以帮助您解决问题。您可以使用我们的投诉流程或申诉流程，具体取决于您遇到的问题类型。

您的服务或 Hamaspik Choice 工作人员或医疗保健提供者对待您的方式不会因为您提出投诉或申诉而改变。我们将维护您的隐私。我们将为您提供投诉或申诉可能需要的任何帮助。这包括为您提供口译服务，或者如果您有视障和/或听障，为您提供帮助。您可以选择某人（例如，亲戚、朋友或提供者）为您代办。

如果要进行投诉，请致电：855-552-4642，会员服务部工作人员会将您转接到我们的投诉部门。您也可以写信至以下地址进行投诉：

Hamaspik Choice
收件人：Grievances
775 N. Main St.
Spring Valley, NY 10977

当您联系我们时，您需要向我们提供您的姓名、地址、电话号码和问题详情。如果您的投诉是关于提供者的，请也告知我们提供者的名称。

什么是投诉？

投诉是您向我们表达对您从我们的工作人员或承保服务提供者那里得到的护理和治疗不满意任何沟通。例如，如果有人对您无礼，擅自离岗，或者您不喜欢我们提供的护理或服务质量，您可以向我们提出投诉。

投诉流程

您可以向我们提出口头或书面投诉。收到您的投诉的人将进行登记，相应的计划工作人员将监督投诉的审查。我们将向您发送一封信函，告知您我们已收到您的投诉，并说明我们的审查流程。我们将审查您的投诉，并在两个时间范围内给您书面答复。

- 如果延误会显著增加您的健康风险，我们将在收到必要信息后 48 小时内做出决定，但该过程必须在收到投诉后 7 天内完成。
- 对于所有其他类型的投诉，我们将在收到必要信息后 45 天内通知您我们的决定，而且该流程必须在收到投诉后 60 天内完成。

- 如果您提出要求，或者如果我们需要更多信息并且延迟符合您的利益，则评估期可最多延长至 14 天。

我们的答复将说明我们在评估您的投诉时发现的情况，以及我们对您的投诉的裁决。

我如何对投诉裁决提出申诉？

如果您不满意我们关于您的投诉做出的裁决，您可以通过提出投诉申诉申请对您的问题第二次评估。您必须以口头或书面形式提出投诉申诉。申诉必须在收到我们关于您的投诉的初步决定后 60 个工作日内提交。在我们收到您的申诉之后，我们将在 15 个工作日内向您发送书面确认，告知您我们已指定对您的申诉作出回应的人员的姓名、地址和电话号码。所有投诉申诉将由适当的专业人员进行，包括涉及临床问题的投诉的医疗保健专业人员，他们未参与最初的投诉裁决。

对于标准投诉申诉，我们将在收到做出决定所需的所有必要信息后 30 个工作日内做出申诉裁决。如果延迟做出决定会显著增加您的健康风险，我们将使用 **快速通道** 投诉申诉程序。对于 **快速通道** 投诉申诉，我们将在收到必要信息后的 2 个工作日内做出申诉裁决。对于标准和 **快速通道** 投诉申诉，我们将向您提供我们对您的投诉申诉的裁决的书面通知。该通知将包括我们做出裁决的详细原因，在涉及临床问题的情况下，还包括我们做出裁决的临床理由。

Participant Ombudsman

Participant Ombudsman 被称为独立消费者权益保护网络 (ICAN)，是一个独立组织，为纽约州的长期护理对象提供免费监察员服务。您可以获得有关您的承保范围、投诉和申诉选项的免费独立建议。他们可以帮助您管理申诉流程。他们还可以在您加入 Hamaspik Choice 等长期保健计划之前提供支持。这种支持包括公正的健康计划选择咨询和一般计划的相关信息。联系 ICAN 以了解有关其服务的更多信息：

- 电话：1-844-614-8800 (TTY 转接服务：711)
- 网址：www.icannys.org 电邮地址：ican@cssny.org

您或您信任的人也可以致电 1-866-712-7197 向纽约州卫生部投诉 Hamaspik Choice 或您的服务。

从 Hamaspik Choice 退保

您不会因以下任何原因而从 Hamaspik Choice 长期保健计划退保：

- 承保医疗服务利用率高
- 目前状况或健康状况发生变化
- 因您的特殊需求而导致的心智能力下降或不配合或破坏性行为，除非该行为导致您不符合长期保健资格。

自愿退保

您可以随时以任何理由要求从 Hamaspik Choice 退保。如果要申请退保，请致电 855-552-4642 联系我们为您办理退保。您也可以写信给我们：

Hamaspik Choice
775 N. Main St.
Spring Valley, NY 10977

我们将为您提供申请的书面确认。我们将附上一份自愿退保表格，供您签名并寄回给我们。处理时间最多可能需要六周，具体取决于收到您的申请的时间。只要您符合条件，您就可以退回至常规 或加入其他健康计划。如果您继续需要基于社区的长期护理服务 (CBLTSS)，例如个人护理，您必须加入另一个长期保健计划、白卡长期保健计划或基于家庭和社区的豁免计划，才能获得 CBLTSS。

转移

您可以试用我们的计划 90 天。您可以在此期间的任何时间从 Hamaspik Choice 退保并转移和加入另一个计划。如果您在前 90 天内没有退保，则您必须在 Hamaspik Choice 再维持参保状态 9 个月，除非您有充分的理由（正当理由。）“正当理由”包括：

- 您搬出我们的服务区域。
- 您、本计划和您所在县的社会服务部或纽约州卫生部都同意从 Hamaspik Choice 退保对您最有利。
- 您当前的家庭保健服务提供者不参与我们的计划。
- 根据我们与州签订的合同，我们尚无法按要求为您提供服务

如果您符合条件，无需正当理由，您也可以在任何时候更改为另一种类型的长期保健计划，例如 Medicaid Advantage Plus (MAP) 或 Programs of All-Inclusive Care for the Elderly(全包式养老计划，PACE)。

如果要更改计划：请致电 1-888-401-6582 联系纽约 Medicaid Choice。New York Medicaid Choice 顾问可以帮助您更改健康计划。

您参保新计划可能需要 2 到 6 周的时间才能生效。您会收到 New York Medicaid Choice 的通知，告诉您加入新计划的日期。到那时，Hamaspik Choice 将继续提供您需要的护理。

如果您需要更快采取举措，请致电 New York Medicaid Choice，因为转移计划所花费的时间对您的健康不利。如果您已告知 New York Medicaid Choice 您不同意参保 Hamaspik Choice，您也可以要求他们加快受理。

非自愿退保

非自愿退保是由 Hamaspik Choice 发起的退保。如果不申请自愿退保，则我们必须在我们知道您符合任何非自愿退保理由之日起五 (5) 个工作日内启动非自愿退保。

如果出现以下情况，您将不得不从 Hamaspik Choice 退保：

- 您不再符合白卡资格。
- 您永久搬出 Hamaspik Choice 服务区域。
- 您离开计划的服务区域连续超过 30 天。
- 您需要疗养院护理，但不符合机构白卡的资格。
- 您连续四十五 (45) 天或更长时间住院或参加 Office of Mental Health（心理健康办公室）、Office for People with Developmental Disability（发育障碍人士办公室）或 Alcoholism and Substance Abuse Services（酗酒和药物滥用服务）住院计划。
- 根据您的评估，您不再有每月 (CBLTSS) 的身体机能或临床方面的需求。
- 您只有白卡，不再符合使用指定评估工具确定的疗养院护理水平。
- 您将获得社会日间护理作为您唯一的服务。
- 您不再需要在每个日历月收到获得至少一次 CBLTSS。
- 在任何重新评估时，在社区生活期间，您决定不再表现出对 CBLTSS 的身体机能或临床需求。
- 您被监禁。
- 您向计划提供虚假信息，以其他方式欺骗，或在计划会员资格的任何实质性方面参与欺诈行为。

如果出现以下情况，我们可以要求您从 Hamaspik Choice 退保：

- 您或家庭成员或非正式看护人或家庭中的其他人从事严重损害计划提供服务能力的活动或行为

- 您未能在 **spenddown/surplus**（收入超限差额）首次到期后的 **30** 天内向该计划支付或安排支付由 **Local Department of Social Services**（当地社会服务部）确定的该金额。我们将做出合理的努力来收费。

在非自愿退保之前，**Hamaspik Choice** 将获得 **New York Medicaid Choice (NYMC)** 或纽约州指定实体的批准。退保的生效日期将是您失去参保资格的月份的下一个月的第一天。如果您继续需要 **CBLTSS**，您将需要选择另一个计划，或者您将被自动分配（**auto-assigned**）到另一个计划。

收入超限

您需要向 Hamaspik CHOICE 支付的 spend down（收入超限差额）金额取决于白卡做出的决定。当 LDSS 为确定您的白卡资格审查您的财务状况时，它可能会确定您必须“支付”您每月收入的一部分，以达到 Medicaid 白卡资格的收入要求。如果白卡确定您必须“支付”一定金额，您必须每月将这笔金额支付给 Hamaspik CHOICE。LDSS 将通知您和我们，您每月必须支付给我们的“spenddown（收入超限差额）”的确切金额。

如果 Medicaid 确定您没有支付 spenddown（收入超限差额）的义务，那么您每个月无需向 Hamaspik CHOICE 支付该款项。

您必须支付的“spend-down（收入超限差额）”或直接支付给 Hamaspik CHOICE 的金额，可能会随着您定期的白卡资格认证程序或进入护理机构而改变。

如果您有一笔 spend down（收入超限差额），则必须在参保月份开始的每个月的第一天之前支付该金额。请将您的款项支付给 Hamaspik CHOICE, Inc. 订单，并将其交至：

Hamaspik Choice
775 N. Main St.
Spring Valley, NY 10977

如果您在进行此支付时遇到问题，请务必与我们指定的 spend-down（收入超限差额）代表讨论情况。如果您未在到期日后 30 天内支付 spend-down（收入超限差额）金额，我们将书面通知您拖欠款项。我们有权因您未能支付到期的 spend-down（收入超限差额）而安排您非自愿地从该计划中退保。

退伍军人保障

Hamaspik CHOICE 服务区域内目前没有无障碍退伍军人之家。如果适用的参保人希望从退伍军人之家获得护理，Hamaspik CHOICE 将允许参保人获得退伍军人之家服务，并将网络外支付，直到参保人转移到网络内退伍军人之家的长期保健计划。

文化和语言适应力

Hamaspik CHOICE 尊重您的信仰并注重文化多样性。我们尊重您的文化和文化认同，并致力于消除文化隔阂。我们维持一个具有包容性的文化适应力网络，并促进和确保以文化上适当的方式向所有会员提供服务。这包括但不限于那些英语能力有限、具有不同文化和种族背景以及不同信仰社区的人。

权利与责任

作为 Hamaspik CHOICE 的会员，您有权：

- 获得必要的医疗护理；
- 及时获得护理和服务；
- 关于您的医疗记录以及您何时接受治疗的隐私保护；
- 以您能理解的方式和语言，获取有关可用治疗方案和替代方案的信息；
- 以您能理解的语言获取信息 - 您可以获得免费的口译服务；
- 在开始治疗前获得知情同意所需的信息；
- 受到尊重并适当考虑您的尊严；
- 获取您医疗记录的副本，以及申请修改或更正这些记录；
- 参与有关您的医疗保健的决定，包括拒绝治疗的权利；
- 不受任何形式的约束或隔离（用作胁迫、管束、通融或报复的手段）；
- 公平获得护理，而不会因性别（包括性别认同和变性人身份）、种族、健康状况、肤色、年龄、国籍、性取向、婚姻状况或宗教区别对待；
- 被告知在哪里、何时以及如何从我们这里获得您需要的服务，包括如果网络外提供者在我们的网络中不可用，您如何从这些提供者那里获得承保福利；
- 向纽约州卫生部或您当地的社会服务部投诉；
- 使用纽约州公平听证会系统和/或纽约州外部申诉（如适用）；
- 指定某人代表您就您的护理和治疗进行沟通；
- 向 Participant Ombudsman 计划寻求帮助。

您行使这些权利不会对您的治疗产生不利影响。

作为 Hamaspik CHOICE 的会员，您有责任：

- 通过 Hamaspik CHOICE 获得承保服务；
- 使用 Hamaspik CHOICE 网络提供者获得承保服务；
- 获得承保服务的事先授权，预先批准的服务除外。请参阅本手册“服务福利组合”部分中的特定服务，了解特定服务是否需要事先批准；
- 向您的医疗保健提供者提供完整和准确的健康信息；
- 如果您的健康状况发生任何变化，请告知 Hamaspik CHOICE 工作人员，如果您不理解或无法遵循指示，请告知情况；
- 按照 Hamaspik Choice 工作人员的建议（以及您的意见）遵循您的护理计划；
- 与 Hamaspik CHOICE 工作人员合作并尊重他们，不因种族、肤色、国籍、心理或身体机能（计划中强制规定的身体资格除外）、宗教、年龄、性别、性取向或婚姻状况而歧视 Hamaspik CHOICE 的工作人员；
- 在获得非承保服务或预先批准的承保服务之前，请在 2 个工作日内通知 Hamaspik CHOICE。
- 如果您不在家接受已为您安排的服务或护理时，请提前通知 Hamaspik CHOICE；
- 在永久搬出服务区域或离开服务区域之前，请通知 Hamaspik CHOICE；
- 如果您拒绝治疗或不遵守 Hamaspik CHOICE 的指示，请对您的行为负责；以及
- 履行您的财务支付义务（如果有）。

Money Follows the Person (MFP)/Open Doors

本节将说明可通过 Money Follows the Person (MFP)/Open Doors 获得的服务和支持。MFP/Open Doors 是一项可以帮助参保人从疗养院搬回家中或社区住所的计划。如果参保人符合以下条件，则他们可能有资格获得 MFP：

- 在疗养院住了三个月或更长时间
- 有可以通过社区服务满足的健康需求

MFP/Open Doors 有被称为过渡专员和同伴专员的人员，他们可以与疗养院的参保人会面并与他们讨论搬回社区的事宜。过渡专员和同伴专员不同于护理经理和出院规划员。他们可以通过以下方式帮助参保人：

- 向他们提供有关社区服务和支持的信息
- 寻找社区提供的服务以帮助参保人实现生活自理
- 在参保人搬家后探访或电话联系他们，以确保他们的居家所需得到了满足

有关 MFP/Open Doors 的更多信息，或寻求协助以安排过渡专员或同伴专员探访，请致电 844-545-7108

联系 New York Association on Independent Living（纽约独立生活协会）。您还可以通过 Web 访问 MFP/Open Doors，网址为 www.health.ny.gov/mfp 或 www.ilny.org。

您的 Hamaspik CHOICE 护理经理还可以帮助您安排过渡专员或同伴专员的探访。您可以拨打 855-552-4642 联系您的护理经理。

预先指示

预先指示是关于您的医疗保健的书面说明。预先指示是成年人在失去做出决定的能力之前制定的。预先指示让您可以知道自己的选择，并指定您信任的人来执行您的选择，或者在您失去该能力时做出决定。如果您不能自己做决定，这些指示会确保满足您的要求。

这些文件可以提供有关您希望在特定情况下获得何种护理的说明，和/或它们可以授权特定的家庭成员或朋友代表您做出决定。您有权根据自己的意愿制定预先指示。如果您由于生病或受伤而无法再以知情的方式与医护服务提供者沟通，那么记录下您希望如何继续您的护理是最重要的。

Hamaspik CHOICE 的政策是支持您参与医疗保健决定的权利。Hamaspik CHOICE 鼓励您、您的家人和您的医疗保健从业者讨论价值观和偏好，一旦您自己无法做出医疗保健决定，这些价值观和偏好应该在这方面发挥指导作用。出于本政策和程序的目的，预先指示将包括：

- 医疗保健委托书
- 非医院命令不得复苏（DNR 指示）
- 生前遗嘱
- 生命维持治疗医嘱 (MOLST)。

Hamaspik CHOICE 尊重您的选择权，并且为了确保保护这些权利的政策得到实施，将提供必要的文件和指导，以便您制定适当的计划。

作为参保过程的一部分，在向您提供任何护理之前，参保护士将为您提供以下文件：

- **Deciding About Health Care**（决定医疗保健） - 患者和家属指南
- **Appointing Your Health Care Agent**（指定您的医疗保健代理人） - 纽约州的代理法
- 医疗保健委托书表格
- 生命维持治疗医疗指示单

您的 Hamaspik CHOICE 护理经理将为您提供有关预先指示的讲解。将在初次评估、重新评估和每月电话联系期间提供讲解。

这包括：

- 您将了解执行预先指示的好处。
- 您将被告知您在预先指示方面的权利
- 您将获得文件以协助完成此过程。

- 在设置初始评估访问和重新评估访问时，Hamaspik Choice 将鼓励您有家人在场，因为让家人参与有关预先指示的讨论是有益的。
- 医疗保健委托书讲解表格和 MOLST 表格将在初次评估访问期间分发。
- 在重新评估后，护士评估员将重新讲解和评估您的医疗保健委托书讲解表格和 MOLST 表格。
- 您会被询问是否已制定预先指示。回复将被记录在您的会员档案中。如果您有预先指示，您将被要求提供一份副本。副本将存档在您的档案中。
- 如果您通知我们您已在您的医生处存档，您的护理经理将联系您的医生，以获取这些表格的副本，用于在 Hamaspik CHOICE 中存档。
- 您的护理经理将与医生协调，在会员预定的下次 MD 就诊时讨论这个问题。
- 如果您在初次访问或重新评估访问时表示对预先指示感兴趣，您的护理经理将根据要求通过电话或家访为您提供额外的表格跟进。跟进将包括与您和您的家人讨论表格的重要性，并与 MD 协调完成表格。
- Hamaspik CHOICE 将记录并追踪哪些会员获得过预先指示的讲解、对预先指示感兴趣并提供了他们的预先指示副本。报告的信息将使 Hamaspik Choice 能够继续就预先指示的主题向其会员提供讲解和指导。
- Hamaspik CHOICE 可根据您的要求向指定的医疗保健专业人员提供存档的预先指示副本。

可根据要求提供更多信息

如果您提出要求，您可能会收到以下信息：

- Hamaspik CHOICE, Inc. 董事会成员和管理人员的姓名、办公地址和官方职位的列表。
- Hamaspik CHOICE, Inc. 最近的年度认证财务报表的副本。
- Hamaspik CHOICE 书面程序的副本，用于保护医疗记录和会员其他信息的机密性。
- Hamaspik CHOICE 书面程序的副本，用于就临床试验中的医疗设备或治疗的实验或研究性质做出决定。
- Hamaspik CHOICE 做出服务授权决定的书面程序的副本。
- Hamaspik CHOICE 的书面申请程序的副本以及考虑成为我们网络内的参与提供者的医疗保健提供者的最低资格。
- 我们的质量保证计划的组织安排和持续程序的书面说明。

我们需要您的反馈

每年，我们都会询问您对自己从我们的网络供应商处获得的服务的意见，并且我们会向提供者提供保密的反馈意见，以改进服务。当您收到这份调查问卷时，我们希望您能参与填写。您的反馈意见对我们很重要。

附录：隐私条例声明

本声明说明了如何使用和披露您的医疗信息，以及您如何获取这些信息。请仔细阅读。

我们的使用和披露

我们通常通过以下方式使用或共享您的健康信息：

帮助管理您获得的医疗保健治疗

我们可以使用您的健康信息并与为您提供治疗的专业人员进行分享。

例子：医生会向我们发送有关您的诊断和治疗计划的信息，以便我们安排其他服务。

运营我们的组织

我们可以使用和披露您的信息来运营我们的组织，并在必要时与您联系。

例子：我们使用有关您的健康信息，来为您制定更好的服务。

支付您的健康服务费用

我们为您的健康服务支付费用，并且可以使用和披露您的健康信息。

例子：我们与您的牙科计划共享有关您的信息，以协调您的牙科诊疗费用。

我们还可以如何使用或共享您的健康信息？

我们被允许或被要求以其他方式共享您的信息 - 通常是以有利于公共利益的方式，例如公共卫生和研究。我们必须符合法律中的许多条件，才能出于这些目的共享您的信息。

帮助解决公共卫生和安全问题

我们可以在某些情况下共享您的健康信息，例如：

- 预防疾病

- 帮助产品召回
- 报告对药物的不良反应
- 报告疑似虐待、疏于看护或家庭暴力
- 预防或减少对任何人的健康或安全的严重威胁

开展研究

我们可以使用或共享您的信息用于健康研究。

遵守法律

如果州或联邦法律有要求，我们将共享有关您的信息，包括与美国卫生和公共服务部共享，如果该部门希望看到我们遵守联邦隐私法。

回复器官和组织捐赠申请，并与法医或丧葬专业人员合作

我们可以与器官获取组织共享您的健康信息。当个人去世时，我们可以与验尸官、法医或丧葬专业人员共享健康信息。

解决员工理赔、执法和其他政府要求

我们可以使用或共享关于您的健康信息：

- 员工申请理赔
- 出于执法目的或配合执法人员
- 与卫生监督机构进行法律授权的活动
- 用于军事、国家安全和总统保护服务等特殊政府职能

配合诉讼和法律官司

我们可以根据法院或行政命令或传票共享您的健康信息。

您的权利

当涉及到您的健康信息时，您拥有某些权利。本节针对您的权利和我们为您提供帮助的一些责任进行了说明。

获取健康和理赔记录的副本

您可以要求查看或获取您的健康和理赔记录，以及我们拥有的关于您的其他健康信息的副本。您可以通过书面形式向 **Hamaspik CHOICE** 说明您要查看的信息以及您希望接收信息的格式，申请信息的寄信地址为：**775 N. Main St., Spring Valley, NY 10977**。

我们通常会在您提出申请后 30 天内提供您的健康和理赔记录的副本或摘要。在某些限制情况下，我们可能会拒绝您的申请。我们可能会收取基于成本的合理费用。

要求我们更正健康和理赔记录

如果您认为您的健康和理赔记录不正确或不完整，您可以要求我们对其进行更正。如果您对如何执行此操作有疑问，请通过电话联系。

我们可能会“拒绝”您的申请，但我们将在 60 天内书面通知您理由。

要求保密通信

您可以要求我们以特定方式（例如，家庭或办公室电话）与您联系或将邮件发送到其他地址。我们将考虑所有合理的要求，如果您告诉我们如果我们不这样做您将面临危险，则我们必须“同意”。

要求我们限制我们使用或共享的内容

您可以要求我们不要将某些健康信息用于治疗、付款或我们的运营。我们并非必须同意您的申请，如果这会影响您的护理，我们可能会“拒绝”。

获取我们共享信息接收方的清单

您可以索要一份清单（账目），其中列出我们在您提出要求的日期之前六年内共享您的健康信息的次数、共享信息接收方以及理由。

我们将汇总所有披露，除了关于治疗、付款和医疗保健运营的披露，以及某些其他披露（例如，您要求我们进行的任何披露）。我们将每年免费提供一份账目，但如果您在 12 个月内要求提供另一份，我们将收取基于成本的合理费用。

获取此隐私声明的副本

即使您已同意以电子方式接收本声明，您也可以随时索取本声明的纸质副本。我们会及时为您提供纸质副本。

选择您的代理人

如果您已向某人授予医疗授权书或某人是您的法定监护人，则该人可以行使您的权利并做出关于您健康信息的选择。在我们采取任何举措之前，我们将确保此人拥有此权限并且可以代表您行事。

如果您觉得您的权利受到侵犯，请提出投诉

如果您认为我们侵犯了您的隐私权，您可以通过以下电话联系 Hamaspik CHOICE 合规官进行投诉：845-503-0569，或发送电子邮件至：corporatecompliance@hamaspikchoice.org。

您可以通过致函 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201、致电 1-877-696-6775 或访问 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ 向美国卫生与公众服务部民权办公室提出投诉

我们不会因您提出投诉而对您进行报复。

您的选择

对于某些健康信息，您可以告诉我们您对我们共享内容的选择。如果您对我们在下述情况下共享您的信息的方式有明确偏好，请与我们联系。告诉我们您希望我们做什么，我们将遵照您的指示。

在以下情况中，您有权利并且可以有选择地告诉我们：

- 与您的家人、密友或其他参与支付您的护理费用的人共享信息
- 在救灾情况下共享信息

如果您无法告知我们您的偏好，例如，如果您失去知觉，我们可能会继续共享您的信息，前提是我们认为这符合您的最佳利益。我们也可能在需要时共享您的信息，以减小对健康或安全的严重和迫在眉睫的威胁。

在以下情况中，我们绝不会共享您的信息，除非您授予我们书面许可：

- 营销用途
- 出售您的信息

我们的责任

- 法律要求我们维护您受保护的健康信息的隐私和安全。
- 如果发生可能危及您信息隐私或安全的违规行为，我们会立即通知您。
- 我们必须遵守本声明中规定的职责和隐私条例，并向您提供一份副本。
- 除非您以书面形式告知我们可以，否则我们不会使用或共享您的信息（本文另有规定的除外）。即使您告知我们可以，您也可以随时改变主意。如果您改变主意，请以书面形式告知我们。

本声明条款的变更。我们可以更改本声明的条款，这些更改将适用于我们拥有的关于您的所有信息。新声明将根据需要在我们的网站上提供，我们将向您邮寄一份副本。

其他信息。如果您有任何疑问或想了解有关本声明的更多信息，请拨打以下电话号码联系 Hamaspik CHOICE 合规官：845-503-0569，或发送电子邮件至 corporatecompliance@hamaspikchoice.org

生效日期。本隐私条例声明于 2014 年 7 月 21 日生效。