2026

homefirst®

Elderplan의 보험 상품



가입자 핸드북

H3347_EPKHF70315

Current as of 7/2/26

중요 연락처 정보

HomeFirst 가입자 서비스부 및 진료 관리 팀(무료 전화):
1-877-771-1119 (TTY: 711)
월요일 ~ 금요일, 오전 8:30 ~ 오후 5시
www.elderplan.org/about-us/homefirst-managed-long-term-care/

Elderplan/HomeFirst 커뮤니티 사무소:
주말 예약 문의 전화: 1-866-360-1934

Flushing 사무소(Queens)
36-59 Main Street, Flushing, NY 11354
운영 시간: 월요일 ~ 금요일, 오전 9시 ~ 오후 5시

Washington Heights 사무소(Manhattan)
564 West 181st Street, New York, NY 10033
운영 시간: 월요일 ~ 금요일, 오전 9시 ~ 오후 5시

Sunset Park 사무소(Brooklyn)
6405 7th Avenue, 2nd floor, Brooklyn NY 11220
운영 시간: 월요일 ~ 금요일, 오전 9시 ~ 오후 5시

치과(DentaQuest)
1-844-231-8316 (TTY: 711)
월요일 ~ 금요일, 오전 8시 ~ 오후 6시

안과(Superior Vision)
1-844-353-2902 (TTY: 711)
월요일 ~ 금요일, 오전 8시 ~ 오후 9시

청각(HearUSA)
1-800-442-8231
TTY/TDD: 1-888-300-3277
월요일 ~ 금요일, 오전 8시 ~ 오후 8시

Medical Answering Services (MAS)
1-844-666 6270 – NYC 5개 자치구, Nassau, Westchester 또는 Putnam에 거주하는 경우.
1-866-932-7740 – Dutchess, Orange, Rockland, Sullivan 및 Ulster 카운티에 거주하는 경우.
TTY: 711
월요일 ~ 금요일, 오전 7시 ~ 오후 6시
www.medanswering.com/

Public Partnerships, LLC (PPL)
1-833-247-5346
TTY: 1-833-204-9042
월요일 ~ 토요일, 오전 8시 ~ 오후 8시
pplfirst.com/programs/new-york/ny-consumer-directed-personal-assistance-program-cdpap/

관리에 도움이 되는 팁
항상 기억하세요...

1. 담당 의료 제공자 및 기타 의료 서비스 제공자에게 HomeFirst의 가입자임을 알리십시오.
2. 다음과 같은 경우 가입자 서비스부 또는 진료 관리 팀에 전화하십시오.
   - HomeFirst에서 보장하는 서비스가 필요하거나 서비스를 받는 데 도움이 필요한 경우
   - 서비스가 장기 치료 혜택에 포함되는지 궁금한 경우
3. 병원에 입원한 경우 24시간 이내에 HomeFirst에 알리십시오.
4. 의료 서비스 제공자 또는 기타 의료 서비스 제공자를 만날 때 HomeFirst 카드, Medicare 및 Medicaid 카드, 기타 건강 보험 카드를 지참하십시오.

목차

HomeFirst 관리형 장기 치료 플랜에 오신 것을 환영합니다 2
HomeFirst 소개 3
관리형 장기 치료란 무엇이며 어떻게 작동합니까? 4
가입자 서비스부의 도움 6
HomeFirst 가입 자격 8
뉴욕 독립 평가자 프로그램 – 초기 평가 프로세스 9
진료 조정 14
HomeFirst 가입자 ID 카드 17
HomeFirst가 보장하는 서비스 18
서비스 지역 밖에서 진료 받기 35
응급 서비스 36
과도기 진료 절차 37
Money Follows the Person(MFP)/Open Doors 37
저희 플랜에서 보장되지 않는 Medicaid 서비스 38
HomeFirst 또는 Medicaid에서 보장하지 않는 서비스 42
보장 서비스를 받는 방법 43
서비스 허가, 조치 및 조치 이의 제기 47
불만 사항 및 불만 이의 제기 61
가입자 옴부즈맨 64
HomeFirst MLTC 플랜 탈퇴 64
문화 및 언어 역량 70
가입자의 권리와 책임 70
사전 지시서 74
HomeFirst 자금 조달 및 지불 75
요청 시 사용 가능한 정보 76
HomeFirst 개인 정보 보호 관행에 대한 통지 79

HomeFirst 관리형 장기 치료 플랜에 오신 것을 환영합니다

Elderplan의 제품인 HomeFirst에 오신 것을 환영하며, 가입자의 장기 치료 요구 사항을 충족하는 저희를 선택해 주셔서 감사합니다! HomeFirst는 뉴욕에서 가장 오래된 관리형 장기 치료 플랜 중 하나입니다. MLTC 플랜은 Medicaid가 있고 가능한 한 오랫동안 가정과 지역사회에 머물기 위해 가정 간호 및 개인 간호와 같은 건강 및 지역사회 기반 장기 서비스 및 지원(CBLTSS)이 필요한 사람들을 위해 특별히 고안되었습니다.

이 핸드북은 가입자가 플랜에 가입한 후 HomeFirst가 보장하는 추가 혜택에 대해 설명합니다. 이 핸드북에는 서비스를 요청하거나, 불만을 제기하거나, HomeFirst에서 탈퇴하는 방법도 나와 있습니다. 이 핸드북에는 HomeFirst에 관한 중요한 정보와 저희 플랜의 장점이 포함되어 있어 참고용으로 보관하십시오. 어떤 서비스가 보장되고 이러한 서비스를 받는 방법을 배우려면 이 핸드북이 필요합니다.

더 많은 정보를 원하거나 질문이 있는 경우 월요일부터 금요일까지 오전 8:30부터 오후 5:00까지 1-877-771-1119로 가입자 서비스부 팀에 문의하십시오. TTY는 711번으로 전화해 주십시오.

가입자와 가입자의 가족이 장기 치료 요구 사항에 대한 결정에 적극적인 역할을 할 것을 권장합니다. 저희는 가입자가 필요한 가정, 지역사회 및 시설 기반 의료 서비스를 받을 수 있도록 돕기 위해 협력하는 가입자의 진료 관리 팀 및 일차 진료 제공자와 지속적인 관계를 유지하기를 바랍니다.

HomeFirst를 선택해 주셔서 다시 한 번 감사드립니다.

HomeFirst 소개

Elderplan의 상품인 HomeFirst는 뉴욕에서 가장 오래된 관리형 장기 치료(MLTC) 플랜 중 하나입니다. HomeFirst는 1907년 Four Brooklyn Ladies가 자선 지원의 도움으로 지역사회 구성원들에게 가장 도움이 필요한 시기에 양질의 의료 서비스와 안전하고 편안한 거주지를 제공한 것으로 거슬러 올라가는 연민, 존엄성 및 존중의 전통을 이어가고 있습니다. 비영리 MLTC 플랜인 HomeFirst는 사람과 자원을 모아 접근 가능한 고품질 의료 서비스를 더 잘 계획하고 제공합니다.

이러한 노력의 핵심 부분으로 HomeFirst는 가입자가 필요로 할 수 있는 서비스를 제공할 수 있는 존경받는 지역 의료 제공자 네트워크를 개발했습니다.

이 의료 제공자들은 모두 가입자가 양질의 진료를 받을 수 있도록 저희가 선정하고 자격을 검증한 곳입니다.

저희는 가입자들이 자신의 건강 관리에 적극적인 역할을 하도록 권장하며 이러한 노력을 지원하기 위해 서비스와 위치에 대한 다양한 선택권을 제공합니다. 이 모든 것이 가입자에 대한 저희의 약속의 일부입니다. 저희의 목표는 가능한 한 오랫동안 가입자 자택에서 자립적으로 생활할 수 있도록 돕는 것입니다.

HomeFirst 가입은 전적으로 자발적입니다. HomeFirst에 가입하면 HomeFirst 네트워크 내 의료 제공자를 이용하고 HomeFirst가 보장하는 서비스에 대해 진료 관리 팀으로부터 허가를 받아야 합니다.

관리형 장기 치료란 무엇이며 어떻게 작동합니까?

관리형 장기 치료 플랜은 가입자의 장기 치료 서비스를 인당 기준으로 제공, 준비 및 조정합니다. HomeFirst에서는 네트워크 제공자를 통해 가입자에게 무료로 다양한 보장 서비스를 제공하며(18페이지의 **HomeFirst가 보장하는 서비스** 섹션 참조) Medicare 또는 일반 Medicaid가 보장하는 서비스를 포함한 다른 서비스를 조정할 수 있습니다(38페이지 참조).

HomeFirst의 가입자는 다음과 같은 혜택을 누릴 수 있습니다.

- 의사 및 기타 의료 서비스 제공자와의 모든 의료 서비스 조정.
- 만성 의학적 필요가 있는 개인을 돌보는 전문 지식을 갖춘 공인 간호사 평가자, 케어 매니저 및 케어 담당자로 구성된 진료 관리 팀.
- 담당 진료 관리 팀은 가입자가 필요한 서비스를 받을 수 있도록 담당 의사 및 기타 의료 전문가와 협력할 것입니다.
- 가입자, 담당 진료 관리 팀 및 담당 의료 제공자가 가입자를 위해 특별히 설계한 치료 계획.
- 예방, 재활 및 지역사회 기반 서비스를 포함한 광범위한 서비스 선택.
- 필요한 경우 정보, 응급 상담 서비스 및 지역사회 대응을 위해 하루 24시간, 주 7일 대기 중인 간호사.

기밀성

저희는 가입자의 개인 건강 정보를 안전하게 보호합니다. 연방법 및 주법은 가입자의 의료 기록과 개인 건강 정보를 보호합니다. HomeFirst는 가입자의 개인 정보를 중요하게 생각합니다. 저희는 이러한 법률에서 요구하는 대로 가입자의 개인 건강 정보를 보호합니다.

- 가입자의 "개인 건강 정보"에는 가입자가 이 플랜에 가입할 때 저희에게 제공한 개인 정보와 가입자의 의료 기록 및 기타 의료 및 건강 정보가 포함됩니다.
- 가입자의 개인 정보를 보호하는 법률은 가입자에게 정보 획득 및 건강 정보 사용 방식 제어와 관련된 권리를 부여합니다. 저희는 이러한 권리를 설명하고 가입자의 건강 정보를 어떻게 보호하는지 알려 드리는 "개인 정보 보호 관행 통지"라는 서면 통지를 제공합니다.

저희가 가입자의 건강 정보를 보호하는 방법

- 권한이 없는 사람이 가입자의 기록을 보거나 변경하지 못하게 합니다.
- 대부분의 경우, 저희가 가입자의 진료를 제공하거나 진료 비용을 지불하는 사람이 아닌 다른 사람에게 건강 정보를 제공하려면 먼저 가입자의 서면 허가를 받아야 합니다. 서면 허가는 가입자 또는 가입자를 대신하여 결정을 내릴 수 있는 법적 권한을 부여한 사람이 제공할 수 있습니다.
- 먼저 가입자의 서면 허가를 받을 필요가 없는 특정 예외가 있습니다.
- 이러한 예외는 법률에 의해 허용되거나 요구됩니다. 예를 들어, 저희는 치료의 품질을 확인하는 정부 기관에 건강 정보를 공개해야 합니다.

가입자는 자신의 기록에 있는 정보를 보고 그 정보가 다른 사람과 어떻게 공유되었는지 알 수 있습니다. 가입자는 플랜에 보관된 의료 기록을 보고 기록 사본을 얻을 권리가 있습니다.

저희는 사본 제작에 대한 수수료를 청구할 수 있습니다. 또한 가입자는 가입자의 의료 기록에 대한 추가 또는 수정을 요청할 권리가 있습니다. 가입자가 이를 요청하면 저희가 담당 의료 제공자와 협력하여 변경이 필요한지 여부를 결정합니다.

가입자는 일상적이지 않은 목적으로 가입자의 건강 정보가 다른 사람과 어떻게 공유되었는지 알 권리가 있습니다.

개인 건강 정보 보호에 대해 질문이나 우려 사항이 있거나 저희 플랜의 "개인 정보 보호 관행 통지" 사본이 필요한 경우 가입자 서비스부에 1-877-771-1119(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

가입자 서비스부의 도움

아래 가입자 서비스부 번호로 하루 24시간, 연중무휴 언제든지 HomeFirst 가입자 서비스부에 전화할 수 있습니다.

가입자 서비스부에 도움을 드릴 담당자가 있습니다.
1-877-771-1119(TTY: 711)로 전화하십시오.
월요일 ~ 금요일, 오전 8:30 ~ 오후 5:00

근무 시간 이후, 주말 또는 공휴일에 도움이 필요한 경우 직원이 도와드립니다. 당직 간호사가 가입자의 의학적 상태에 관한 가입자의 질문에 답변하고 조치 방침을 결정하는 데 도움을 줄 것입니다. 또한 가입자를 병원으로 안내하거나 담당 의사에게 연락하거나 제공자나 서비스에 문제가 있는 경우 후속 조치를 취할 수도 있습니다. 동일 가입자 서비스부 번호인 1-877-771-1119(TTY: 711)로 연락할 수 있습니다.

가입자 서비스부 담당자는 가입자의 멤버십과 관련하여 어떤 식으로든 가입자를 도울 수 있습니다. 혜택, 서비스 또는 절차에 대해 질문이나 우려 사항이 있는 경우 알려주십시오. HomeFirst에 관한 모든 아이디어나 제안을 환영합니다. 가입자의 의견은 가입자에 대한 서비스를 개선하는 데 도움이 됩니다.

통역 및 번역 서비스

HomeFirst에는 다양한 언어를 구사하는 직원이 있으며, 무료 통역 서비스도 이용할 수 있습니다. HomeFirst는 요청 시 무료로 언어 통역 서비스를 받을 수 있음을 알려드립니다. 저희는 또한 가입자들이 가장 널리 사용하는 언어로 정보를 작성했습니다.

현재 작성된 자료는 영어, 러시아어, 중국어, 벵골어, 아이티 크리올어, 스페인어, 한국어, 힌디어, 우르두어, 펀자브어 및 아랍어로 제공됩니다. 번역이 필요한 경우 언제든지 가입자 서비스부 1-877-771-1119 (TTY: 711)로 전화하여 통역사와 대화하거나 가입자의 언어로 된 서면 자료를 받도록 요청하십시오.

청각 장애 가입자를 위한 서비스

TTY/TDD 능력이 있는 청각 장애 가입자가 가입자 서비스부 담당자와 대화를 원하는 경우 먼저 711번으로 중계 교환원에게 연락해야 합니다. 그러면 중계 교환원이 TTY/TDD 사용자와 음성 통화 이용자 간의 통화를 연결해 줍니다.

시각 장애인 가입자를 위한 서비스

HomeFirst에는 시각 장애인 가입자를 위해 요청 시 사용할 수 있는 점자 가입자 핸드북, CD 또는 오디오 테이프와 같은 자료도 있습니다. 사본을 요청하려면 가입자 서비스부에 문의하십시오. 핸드북이나 기타 HomeFirst 문서 및 양식을 읽어 드려야 하는 경우 HomeFirst는 가입자의 편의에 맞춰 이 서비스를 위한 약속을 잡아 드립니다.

HomeFirst 가입 자격

HomeFirst 관리형 장기 치료(MLTC) 플랜은 Medicaid가 있는 사람들을 위한 것입니다. 다음과 같은 경우 MLTC 플랜에 가입할 수 있습니다.

1) 18세 이상인 경우,
2) 플랜의 서비스 지역인 뉴욕시 5개 자치구(Manhattan, Brooklyn, Bronx, Queens, Staten Island)와 Nassau, Westchester, Dutchess, Putnam, Orange, Rockland, Sullivan 및 Ulster 카운티에 거주하는 경우,
3) 지역 사회복지부(LDSS) 또는 인적 자원 관리국(HRA)에서 결정한 대로 전체 Medicaid를 받을 자격이 있는 경우,
4) Medicaid만 있거나 Medicaid와 Medicare를 모두 받는 18~20세이며 요양원 수준의 치료를 받을 자격이 있는 경우,
5) 가입 당시 가입자의 건강과 안전을 위협하지 않고 집과 지역사회로 돌아가거나 머물 수 있는 경우, 그리고
6) 가입 발효일로부터 연속 120일을 초과하여 다음 중 하나 이상의 지역사회 기반 장기 치료(CBLTSS)가 필요한 경우, 그리고
   a. 가정 간호 서비스
   b. 가정 치료 요법
   c. 재택 건강 보조원 서비스
   d. 가정에서의 개인 관리 서비스
   e. 성인 일일 건강 관리
   f. 개인 전담 간호, 또는
   g. 소비자 주도형 개인 지원 서비스

7) 가입 발효일부터 다음의 최소 필요 요건을 충족하는 경우
   a. 두 가지를 초과하는 일상생활 활동(ADL)에서 몸을 움직이는 데 최소한 제한적인 도움이 필요한 경우, 또는
   b. 치매 또는 알츠하이머 진단을 받았고 한 가지를 초과하는 ADL에서 최소한 감독이 필요한 것으로 평가된 경우

2025년 8월 기준으로 MLTC 프로그램에 가입되어 있는 경우 MLTC 플랜 기존 가입자(Legacy) 자격이 부여되며, 계속 가입 상태를 유지하는 한 이전 기준에 따라 평가를 받게 됩니다. 따라서 재평가 시 최소 필요 요건을 충족할 필요가 없습니다.

이 핸드북에 설명된 보장은 HomeFirst MLTC 플랜에 가입한 날짜부터 유효합니다. MLTC 플랜 가입은 자발적입니다.

뉴욕 독립 평가자 프로그램 – 초기 평가 프로세스

뉴욕주 보건부는 모든 장기 치료 플랜의 평가 프로세스를 지원하기 위해 뉴욕 독립 평가자 프로그램(NYIAP)을 사용합니다. NYIAP는 초기 평가 프로세스를 관리합니다. NYIAP는 나중에 신속한 초기 평가를 시작할 것입니다. 초기 평가 프로세스에는 다음을 완료하는 것이 포함됩니다.

- **지역사회 건강 평가(CHA):** CHA는 개인 관리 및/또는 소비자 주도형 개인 지원 서비스(PCS/CDPAS)가 필요한지, 관리형 장기 치료 플랜에 가입할 자격이 있는지 확인하는 데 사용됩니다.

- **임상 예약 및 의료인 지시서(PO):** PO는 가입자의 임상 예약을 기록하며 다음을 나타냅니다.
  - 일상 활동에 도움이 필요하다는 점, **및**
  - 자택에서 PCS 및/또는 CDPAS를 받을 수 있을 만큼 가입자의 의학적 상태가 안정적이라는 점.

CHA의 일환으로 NYIAP는 가입자가 다음 최소 필요 요건 중 하나를 충족하는지도 평가합니다.

a. 두 가지를 초과하는 일상생활 활동(ADL)에서 몸을 움직이는 데 최소한 제한적인 도움이 필요함, 또는

b. 치매 또는 알츠하이머 진단을 받았고 한 가지를 초과하는 ADL에서 최소한 감독이 필요함.

알츠하이머병 또는 치매 진단을 근거로 자격을 인정받으려면 의사가 서명한 DOH-5821 양식을 작성하여 NYIAP에 제출해야 합니다.

NYIAP는 CHA와 임상 예약을 모두 잡아 드립니다. CHA는 훈련된 공인 간호사(RN)가 완료합니다. CHA 후 며칠 뒤에 NYIAP의 임상의가 임상 예약 및 PO를 완료합니다.

HomeFirst는 CHA 및 PO 결과를 사용하여 어떤 종류의 도움이 필요한지 확인하고 치료 계획을 수립합니다. 치료 계획에서 PCS 및/또는 CDPAS를 하루 평균 12시간을 초과하여 제안하는 경우 NYIAP 독립 검토 위원회(IRP)의 별도 검토가 필요합니다. IRP는 CHA, PO, 치료 계획 및 기타 의료 문서를 검토하는 의료 전문가 패널입니다. 더 많은 정보가 필요한 경우 패널의 담당자가 가입자를 진찰하거나 가입자의 요구 사항에 대해 논의할 수 있습니다. IRP는 치료 계획이 가입자의 요구 사항을 충족하는지 여부에 대해 HomeFirst에 권장 사항을 제시할 것입니다.

NYIAP가 초기 평가 단계를 완료하고 가입자가 Medicaid 관리형 장기 치료를 받을 자격이 있다고 판단하면 가입자는 가입할 관리형 장기 치료 플랜을 선택합니다.

가입

가입자의 플랜 가입 절차를 지원하기 위해 HomeFirst 가입 담당자가 가입 간호사와의 약속 일정을 잡는 데 도움을 줄 것입니다. 자격이 있는 경우 Medicaid 및 Medicare 카드를 포함하여 모든 보험 카드를 가입 간호사와 공유해야 합니다. 이를 통해 가입 간호사가 가입자의 건강 관리 이력 및/또는 NYIAP 평가를 검토하여 가입자의 치료 계획에 필요한 것이 무엇인지 결정할 수 있습니다. 이 정보를 바탕으로 가입자의 건강 관리 요구 사항을 가장 잘 지원하는 개인화되고 상세한 치료 계획을 개발할 것입니다. 또한 가입자와 함께 이 계획을 검토하고, 피드백을 수집하고, 질문에 답변해 드립니다.

HomeFirst 가입에 관심이 있는 경우 의료 허가서에 서명해야 합니다. HomeFirst 간호사가 가입자의 맞춤형 치료 계획을 개발하기 위해 의사 및 기타 의료 서비스 제공자와 후속 조치를 취하려면 서명된 의료 동의서가 필요합니다. 가입자의 치료 계획은 가입자 본인, 가입자의 비공식 지원 및 의사/제공자의 도움을 받아 개발될 것입니다. 그러면 HomeFirst는 맞춤형 치료 계획에 포함된 서비스를 수립하고 조정할 수 있습니다. 사회 데이 케어 서비스는 가입자의 맞춤형 치료 계획에 기여할 수 있지만 가입자가 받게 될 유일한 서비스가 될 수는 없습니다.

메인스트림 Medicaid 관리형 진료 플랜에서 HomeFirst에 가입하기로 선택하고 Medicaid 전용 수혜자인 경우, 가입자와 담당 의료 제공자 모두 NYIAP 평가를 예약하기 전에 필요한 NYIAP 평가 요청 양식을 작성해야 합니다. 이 양식에서 가입자와 가입자의 일차 진료 제공자, 전문 간호사 또는 의사 보조원 모두 사회 데이 케어, 사회 및 환경 지원,

가정 배달 식사 등 관리형 장기 치료 플랜에만 해당되는 서비스 중 하나 이상이 필요함을 증명해야 합니다. 이 서명된 양식이 없으면 NYIAP 평가를 예약하거나 HomeFirst와 같은 관리형 장기 치료 플랜에 가입할 수 없습니다.

가입 신청 절차를 완료하려면 가입 계약서에 서명해야 합니다. 신청서를 작성하려면 서명된 정보 공개서가 필요합니다.

가입은 매월 첫째 날(1일)에 시작됩니다. 모든 가입은 LDSS/또는 New York Medicaid Choice의 승인을 받아야 합니다. 매월 20일 정오까지 LDSS 또는 New York Medicaid Choice에 제출된 가입 신청서는 신청서가 완료되고 Medicaid가 활성화된 경우 다음 달 1일에 가입이 수락됩니다. 매월 이십일(20일)이 공휴일이나 주말인 경우 가입 신청서는 이전 근무일 정오까지 제출됩니다.

가입 철회

신청을 진행하지 않기로 결정한 경우 신청 철회로 간주됩니다. 가입자는 가입 발효일 전월 이십일(20일) 정오까지 구두 또는 서면으로 희망 사항을 저희에게 알림으로써 신청서 또는 가입 계약을 철회할 수 있습니다.

신청서를 철회하기로 선택한 경우:

- **이중 자격:** 개인 간호와 같은 장기 치료 서비스를 계속 받으려면 다른 관리형 장기 치료 플랜을 선택해야 합니다. 더 이상 HRA 또는 LDSS를 통해 Medicaid 행위별 수가제로 돌아갈 수 없습니다.

- **Medicaid만 받을 수 있음:** 장기 치료 서비스를 받으려면 다른 관리형 장기 치료 플랜, Medicaid 관리형 진료 플랜 또는 면제 서비스를 선택해야 합니다. 더 이상 HRA 또는 LDSS를 통해 장기 치료를 위한 Medicaid 행위별 수가제로 돌아갈 수 없습니다.

가입 거부

HomeFirst는 연령, 거주지의 지리적 위치 또는 Medicaid 자격에 따라 부적격으로 결정된 경우 이를 알려드립니다. HomeFirst의 결정에 동의하지 않는 경우 신청 절차를 계속 진행해 달라고 요청할 수 있습니다. 지금까지 수집된 정보는 New York Medicaid Choice로 전달되며, New York Medicaid Choice가 가입자의 자격에 대한 최종 결정을 내립니다.

신청 절차가 시작된 후, 18~20세로 이중 자격(Medicare 및 Medicaid)에 해당하거나 18세 이상으로 Medicaid만 받을 자격이 있는 가입자가 요양원 수준의 치료를 받을 자격이 없는 것으로 확인되면 가입이 거부됩니다.

- 신청 절차 시작 후 가입일로부터 연속 120일을 초과하여 HomeFirst에서 제공하는 지역사회 기반 장기 치료 서비스가 필요하지 않다고 판단되면 가입이 거부됩니다.
- 가입 시점에 건강과 안전을 위협하지 않고 집과 지역사회로 돌아가거나 머물 수 없다고 판단되면 가입이 거부됩니다.

New York Medicaid Choice에서 가입 거부 권고를 처리하기 전에 구두 또는 서면으로 희망 사항을 제공하여 신청서를 철회할 수 있습니다.

HomeFirst 또는 보건부에서 지정한 기관에서 자격 요건 중 하나 이상을 충족하지 못한다고 판단하는 경우 가입 거부가 권장되며 서면으로 통보됩니다. New York Medicaid Choice가 가입자가 부적격이라는 HomeFirst의 결정에 동의하는 경우에만 HomeFirst에 의해 가입이 거부됩니다.

진료 조정

가입 시 각 가입자는 공인 간호사 평가자, 케어 매니저 및 케어 코디네이터로 구성된 진료 관리 팀에 배정됩니다. 이 팀은 가입자의 지속적인 진료를 조정하고 고품질의 개인 중심 서비스 계획 경험을 제공할 책임이 있습니다.

개인 중심 서비스 플랜(PCSP)

개인 중심 서비스 플랜(PCSP)은 가입자와 함께, 그리고 서비스 제공자와 가입자가 선택한 비공식 지원을 포함하여 서비스 계획 및 제공에 참여하도록 가입자가 선택한 사람들과 함께 개발해야 합니다. 저희 케어 매니저는 이 계획을 개발하기 위해 가입자의 문화적 선호도와 서비스 내용(예: 범위, 기간, 양 및 빈도)에 대해 이야기할 것입니다. 가입자는 자신의 치료 계획을 지시할 권한이 있습니다. 케어 매니저가 가입자를 만나 협력할 때까지 서비스는 계획되거나 승인되지 않습니다. 완성된 PCSP는 가입자가 서명해야 하며, 사본을 가입자에게 제공해야 하며, 서명된 사본은 HomeFirst에서 보관해야 합니다.

가입자의 진료 관리 팀은 가입자, 가입자의 비공식 지원 및 일차 진료 제공자와 협력하여 가입자의 현재 및 고유한 심리사회적 및 의학적 요구, 기능적 수준 및 지원 시스템에 따라 적절한 수준의 서비스를 받을 수

있도록 합니다. 가입자의 진료 관리 팀은 보장 및 비보장 서비스, 다른 제공자, 지역사회 자원 및 비공식 지원에서 제공하는 기타 서비스에 대한 모든 건강 관리 요구 사항을 조정합니다.

의료 전문가는 가입자가 받을 수 있는 각종 수급 자격과 기타 혜택을 신청하고, 모든 수급 자격의 인증 절차를 거쳐 자격을 유지하는 데 도움을 드립니다. 간호사 평가자는 가입자의 진료 관리 팀의 일원으로서 매년 가정 방문을 통해 가입자의 건강에 대한 포괄적인 평가를 완료하고 가입자가 가질 수 있는 변화나 요구 사항을 식별합니다. 추가 가정 방문은 진료 관리 팀의 판단, 담당 의료 제공자의 요청 또는 가입자의 건강 상태 변화에 따라 잡을 수 있습니다. 저희는 가입자의 치료 계획을 통보받은 담당 의사/제공자 및 기타 의료 전문가와 협력하여 가입자가 필요한 서비스를 받을 수 있도록 할 것입니다.

초기 평가를 마치고 가입자와 함께 계획을 개발한 후 진료 관리 팀이 가입 시 PCSP를 보내드립니다. 또한 저희의 케어 매니저는 가입자가 재평가가 필요할 때마다 이 계획을 검토하기 위해 가입자와 협력할 것입니다.

가입자 서비스부의 역할

가입자 서비스부 담당자는 보장 또는 보장되지 않는 혜택 및 서비스를 포함하여 HomeFirst와 관련하여 가질 수 있는 모든 질문에 전화로 도움을 드릴 수 있습니다. 월요일부터 금요일까지 오전 8시 30분부터 오후 5시까지 1-877-771-1119(TTY: 711)번으로 가입자 서비스부에 문의할 수 있습니다. 가입자 서비스부는 가입자의 진료 관리 팀과 협력하여 약속을 예약하고 필요한 용품과 서비스를 주문합니다. 또한 가입자 서비스부는 진료 관리 팀 및 서비스 공급업체와 협력하여 가입자가 필요한 서비스를 받을 수 있도록 하거나 서비스와 관련된 문제를 해결해

드립니다. 가입자 서비스부 담당자는 치료 계획에 관한 대부분의 질문에 답변할 수 있습니다. 필요한 경우 가입자의 진료 관리 팀이 가입자가 가질 수 있는 의학적 질문을 설명하기 위해 가입자에게 연락할 것입니다.

일차 진료 제공자 선택하기

HomeFirst에서는 기존에 이용하던 일차 진료 제공자를 계속 이용할 수 있습니다. 가입자의 진료 관리 팀은 가입자의 일차 진료 제공자와 협력하여 가입자의 모든 의료 요구 사항을 조정할 것입니다. 의료 제공자를 찾는 데 도움이 필요한 경우 지역사회에서 저희의 품질 기준을 충족하는 의료 제공자를 찾도록 도와드릴 수 있습니다.

의료 서비스 제공자 선택

저희는 가입자가 Medicare 보장 혜택에 대해 비네트워크 의료 제공자를 선택하는 것을 제한할 수 없습니다. 그러나 저희는 네트워크 제공자를 이용하는 것이 가입자에게 최선의 이익이 된다고 믿습니다. 이러한 네트워크 제공자는 HomeFirst에 대한 계약상의 의무가 있기 때문에, 저희는 이들의 서비스를 모니터링하고 저희의 전문 기준에 따라 책임을 물을 수 있습니다. 가입자의 Medicare 혜택이 소진되고 Medicaid가 보장 서비스의 일차 지불인이 되는 경우 가입자는 저희 네트워크 제공자 중 하나로 전환해야 합니다.

HomeFirst 가입자는 HomeFirst에 가입자의 필요를 충족시킬 수 있는 적절한 교육이나 경험을 갖춘 의료 제공자가 없는 경우 네트워크 외부의 의료 서비스 제공자에 대한 사전 허가를 받을 수 있습니다. 네트워크 외부 제공자가 필요한 경우 진료 관리 팀에 연락하여 사전 허가를 받는 데 도움을 받으십시오. 자세한 내용은 47페이지의 **서비스 허가, 조치 및 조치 이의 제기** 섹션을 참조하십시오.

HomeFirst 제공자 네트워크 외부 제공자로의 의뢰

네트워크에 가입자가 필요로 하는 전문의 진료에 대해 적절하게 훈련되거나 경험이 풍부한 제공자가 없는 경우, 가입자의 진료 관리 팀은 담당 의료 제공자와 협력하여 적절한 전문가(예: 전문 치과의사)와 함께 치료를 주선하는 데 도움을 줄 것입니다.

보장 서비스를 위해 HomeFirst 네트워크 외부의 제공자를 사용하는 경우 제공자를 만나기 전에 허가를 받아야 합니다. 먼저 필요한 허가를 받지 않으면 해당 제공자는 서비스에 대한 비용을 지급받지 못합니다.

필요한 서비스가 Medicaid 행위별 수가제로 보장되거나 Medicare가 보장 서비스의 일차 지불인인 경우 HomeFirst의 사전 허가가 필요하지 않습니다. Medicare에서 보장하는 서비스에 대해 질문이 있는 경우 월요일부터 금요일 오전 8시 30분부터 오후 5시까지 1-877-771-1119 (TTY: 711)번으로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

의료 제공자 변경

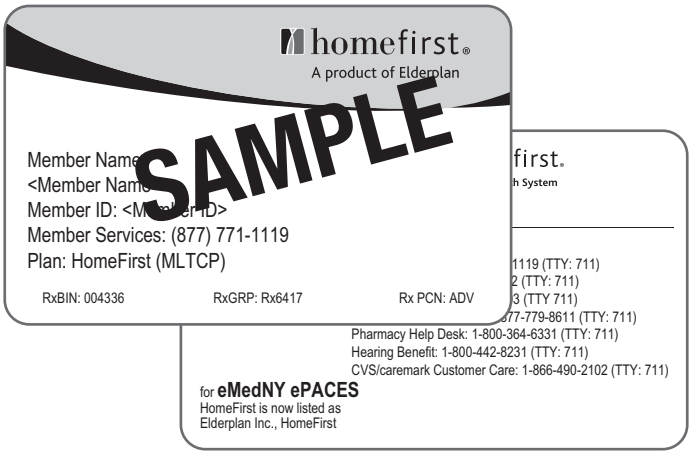
의료 제공자를 변경하려면 변경하려는 의사를 HomeFirst에 알려야 합니다. 그렇게 하려면 월요일부터 금요일까지 오전 8시 30분부터 오후 5시까지 가입자 서비스부에 1-877-771-1119번으로 전화하십시오 (TTY: 711). 변경 사항은 즉시 적용됩니다.

HomeFirst 가입자 ID 카드

가입 시 진료 관리 팀이 배정되고 HomeFirst 가입자 ID 카드가 발급됩니다. 유효 가입일로부터 10일 이내에 ID 카드를 받게 됩니다. 카드에 있는 모든 정보가 올바른지 확인하십시오.

HomeFirst 가입자 ID 카드는 저희 플랜의 가입자임을 확인해 주며, Medicaid, Medicare 및 기타 모든 건강 보험 카드와 함께 항상 휴대해야 합니다. HomeFirst에서 승인한 특정 서비스에 액세스하려면 HomeFirst 가입자 ID 카드가 필요합니다.

HomeFirst 가입자 ID 카드



카드를 분실했거나 도난당한 경우 1-877-771-1119(TTY: 711)로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

HomeFirst가 보장하는 서비스

진료 관리 서비스

저희 플랜의 가입자로서 진료 관리 서비스를 받게 됩니다. 저희 플랜은 의료 전문가(일반적으로 간호사 또는 사회복지사)인 케어 매니저를 제공합니다. 가입자의 케어 매니저는 가입자 및 담당 의사와 협력하여 가입자에게 필요한 서비스를 결정하고 치료 계획을 수립할 것입니다. 담당 케어 매니저는 또한 가입자가 필요로 하는 모든 서비스에 대한 약속을 잡고 해당 서비스로의 교통편을 준비하는 데 도움을 드릴 것입니다. 자세한 내용은 14페이지의 **진료 조정** 섹션을 참조하십시오.

추가 보장 서비스

HomeFirst는 광범위한 가정, 지역사회 및 시설 기반 의료 서비스와 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 제공합니다. 장기 서비스 및 지원은 목욕, 옷 입기, 식사 준비 및 약물 투여와 같은 일상 활동에 도움이 필요한 기능 제한 또는 만성 질환이 있는 모든 연령대의 개인에게 제공되는 건강 관리 및 지원 서비스입니다.

가입자는 Medicaid가 있고 MLTC 자격을 충족하므로 HomeFirst가 아래에 설명된 건강 및 사회 서비스를 준비하고 비용을 지불합니다. 의학적으로 필요한 경우, 즉 질병이나 장애를 예방하거나 치료하는 데 필요한 한 이러한 서비스를 받을 수 있습니다. 가입자의 케어 매니저는 가입자에게 필요한 서비스와 제공자를 식별하는 데 도움을 줄 것입니다. 어떤 경우에는 이러한 서비스를 받기 위해 의사의 의뢰나 지시가 필요할 수 있습니다. HomeFirst 네트워크에 있는 제공자로부터 이러한 서비스를 받아야 합니다. 저희 네트워크에 없는 제공자에게 서비스를 요청하는 방법은 14페이지의 **진료 조정** 섹션을 참조하십시오.

보장 서비스 차트

진료 관리	개인 중심 서비스 플랜(PCSP)에 명시된 필요한 보장 서비스를 가입자가 이용할 수 있도록 지원하는 절차입니다. 진료 관리 서비스에는 네트워크 내 제공자로의 의뢰, 그리고 필요한 서비스가 혜택에 포함되어 있는지 여부와 관계없이 가입자가 PCSP를 뒷받침하는 의료, 사회, 교육, 심리사회, 재정 및 기타 서비스를 받을 수 있도록 지원하거나 조정하는 일이 포함됩니다.

요양원 간호	면허를 받은 시설에서 가입자에게 제공하는 치료. 자세한 내용은 46페이지 요양원 간호 세부 정보를 참조하십시오.
가정 간호 **a.** 간호 **b.** 재택 건강 보조원 **c.** 물리 치료(PT) **d.** 작업 치료(OT) **e.** 언어 병리학(SP) **f.** 의료 복지 서비스	예방, 치료적 재활, 건강 지도 및/또는 지지 요법이 포함됩니다. 사전 허가는 필수입니다.
개인 관리 서비스(PCS)	다른 사람이 개인 위생, 옷 입기 및 식사, 영양 및/또는 환경 지원 기능 작업과 같은 활동에 대해 일부 또는 전체를 지원하는 것. 개인 관리는 의학적으로 필요해야 하며 치료 계획에 따라 자격이 되는 사람이 제공해야 합니다. 사전 허가는 필수입니다.

소비자 주도형 개인 지원 서비스(CDPAS)	소비자 주도형 개인 지원 서비스(CDPAS)는 소비자가 지시하는 개인 보조원이 개인 관리 서비스, 재택 건강 보조원 서비스 및 전문 간호 업무를 지원하는 것입니다. 이 개인 보조원을 감독하고 지시할 책임은 가입자 또는 가입자가 지정한 대리인에게 있습니다. CDPAS에 대해 자세히 알아보려면 간호사 평가자 또는 케어 매니저에게 문의하십시오. CDPAS 개인 보조원은 친구, 가족 또는 가입자가 선택하는 사람이 될 수 있습니다. 그러나 CDPAS 개인 보조원은 가입자에 대해 법적 책임이 있는 사람, 배우자 또는 가입자를 담당하는 예비 및 안전 담당자는 될 수 없습니다. 가입자 및/또는 지정된 대리인은 보조원의 고용, 교육, 감독 및 필요한 경우 고용 종료에 대한 책임이 있습니다. 의료인 지시서와 사전 허가가 필요합니다.

내구성 의료 장비(DME)	보철물, 보조기 또는 정형외과용 신발 이외의 장치 및 장비로서 특정 의학적 상태의 치료를 위해 의료인이 지시한 것. 의료 장비 및 보청기 배터리가 포함됩니다. 사전 허가는 필수입니다.
의료/수술 용품	의약품, 보철물, 보조기, 내구성 의료 장비 또는 정형외과용 신발 이외의 의료용 품목. 튜브 영양 및 선천성 대사 질환으로 제한되는 경장 영양 조제식 보장과 경구 영양 보충제가 포함됩니다. 18세에서 21세 사이의 가입자의 경우 칼로리 및 식이 영양소를 흡수하거나 대사할 수 없을 때 경구 조제식이 계속 보장됩니다. 사전 허가는 필수입니다.
보조기 및 보철	보조기, 정형외과용 신발 및 보철물이 포함됩니다. 사전 허가는 필수입니다.

개인 응급 대응 시스템 (PERS)	PERS는 신체적, 정서적 또는 환경적 응급 상황 발생 시 특정 고위험 환자가 도움을 받을 수 있도록 하는 전자 장치입니다. 사전 허가는 필수입니다.
족부 치료	발과 관련된 국소적인 질병, 부상 또는 증상으로 인해 가입자의 신체 상태가 위험을 초래하는 경우, 또는 당뇨병, 궤양 및 감염의 진단 및 치료와 같이 의료의 필수적인 일부로 수행되는 경우 정기 발 관리가 포함됩니다. 발의 일상적인 위생 관리, 티눈 및 굳은살 치료, 발톱 다듬기 및 발 청소 또는 담그기와 같은 기타 위생 관리는 의학적 상태가 없는 경우 보장되지 않습니다. 사전 허가는 필수입니다.

치과	예방 및 예방 처치를 비롯한 기타 치과 진료, 서비스 및 용품, 정기 검사, 예방 처치, 구강 수술, 치과 보철물, 그리고 심각한 건강 상태를 완화하기 위한 보조 장치를 포함하되 이에 국한되지 않습니다. 또한 자연치아를 더 많이 보존할 수 있도록 특정 상황에서 크라운 및 신경 치료도 보장합니다. 교체용 의치 및 임플란트는 의학적 필요성을 판단하기 위해 치과 의사의 소견(의뢰서 아님)만 있으면 됩니다. DentaQuest는 HomeFirst의 치과 서비스 제공자입니다. 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 6시까지 1-844-231-8316 (TTY: 711)으로 DentaQuest에 문의하십시오. 치과를 방문하거나 치과 혜택을 이용할 때는 HomeFirst 가입자 ID 카드를 제시하십시오. 별도의 치과 ID 카드는 발급되지 않습니다. 사전 허가가 필요할 수 있습니다.

검안/안경	검안사와 안경사의 서비스가 포함되며 안경, 의학적으로 필요한 콘택트렌즈 및 폴리카보네이트 렌즈, 인공 안구(기성품 또는 맞춤 제작) 및 저시력 보조기구가 포함됩니다. 시력 결함과 안구 질환을 발견하기 위한 시력 검사도 보장됩니다. 굴절 검사가 포함된 검사는 의학적으로 필요하다고 달리 인정되지 않는 한 2년에 한 번으로 제한됩니다. Superior Vision은 HomeFirst의 안과 의료 제공자입니다. 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 9시까지 무료 전화 1-844-353-2902(TTY: 711)로 Superior Vision에 문의하십시오. 일상적인 안과 서비스에는 허가가 필요하지 않습니다. 의학적으로 필요한 서비스에는 사전 허가가 필요할 수 있습니다.
외래환자 재활 치료: 물리 치료(PT), 작업 치료(OT), 언어 병리학(SP) 또는 가정이 아닌 환경에서 제공되는 기타 재활 치료	면허를 받고 등록된 치료사가 신체적 또는 정신적 장애를 최대한 줄이고 가입자를 최상의 기능 수준으로 회복시킬 목적으로 가정이 아닌 환경에서 제공하는 재활 서비스. HomeFirst는 의사 또는 기타 면허가 있는 전문가가 지시한 의학적으로 필요한 PT, OT 및 SP 방문을 보장합니다. 사전 허가는 필수입니다.

영양	영양 요구 사항 및 음식 패턴 평가, 개인의 신체적, 의학적 필요와 환경 조건에 적합한 음식 및 음료 제공 계획, 또는 정상 및 치료 요구 사항을 충족하기 위한 영양 교육 및 상담 제공. 사전 허가는 필수입니다.
개인 전담 간호	의사의 지시에 따라 적법한 면허를 소지한 공인 전문 간호사 또는 면허 실무 간호사(RN 또는 LPN)가 가입자의 영구 또는 임시 거주지에서 제공하는 의학적으로 필요한 서비스. 개인 전담 간호 서비스는 지속적일 수 있으며 공인 가정 건강 관리 기관(CHHA)에서 제공하는 치료 범위를 벗어날 수 있습니다. 사전 허가는 필수입니다.
가정 배달 또는 집단 식사	질병, 장애 또는 고령으로 인해 그러한 식사를 계획, 쇼핑 또는 준비할 수 없는 가입자에게 제공되는 식사. 식사는 집이나 집단 환경(예: 노인 센터)에서 제공될 수 있습니다. 사전 허가는 필수입니다.

성인 일일 건강 관리	의료, 간호, 식품 및 영양, 사회 서비스, 재활 치료, 여가 활동, 치과, 제약 및 기타 보조 서비스를 포함하여 주거 의료 시설 또는 승인된 확장 시설에서 제공되는 치료 및 서비스. 사전 허가는 필수입니다.
사회 데이 케어 서비스	기능 장애가 있는 개인에게 하루 중 일부 시간 동안(단, 24시간 미만) 보호 환경에서 사회화, 감독 및 모니터링, 개인 관리, 영양을 제공하는 체계적이고 종합적인 프로그램입니다. 사전 허가는 필수입니다.
사회적, 환경적 지원	다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 가입자의 의료 요구를 지원하는 서비스 및 항목: 주택 유지 관리 작업, 가사 도우미/집안일 서비스, 주택 개선 및 임시 간호. 사전 허가는 필수입니다.

호흡기 장애 치료	호흡기 장애 치료는 만성 및 급성 호흡기 질환을 치료하는 데 사용됩니다. 이러한 서비스는 자격이 되는 호흡기 장애 치료사가 제공해야 합니다. 치료에는 의료용 가스, 습도, 에어로졸의 적용, 간헐적 양압, 지속적인 인공 환기, 흡입을 통한 약물 투여 및 관련 기도 관리, 환자 치료, 환자 교육, 다른 의료진과의 상담 제공을 포함하여 예방적·유지적·재활적 기도 관련 기술과 절차를 수행하는 것이 포함됩니다. 담당 의사는 가입자의 특정 상태를 치료하기 위해 의료 지시를 제공할 것입니다. 사전 허가는 필수입니다.
청각학/보청기	청력 검사 또는 테스트, 보청기 평가, 적합성 평가 및 보청기 처방, 피팅, 공급 및 수리가 포함됩니다. 사전 허가는 필수입니다.

원격 의료	원격 의료 제공 서비스는 원격 의료 제공자의 전자 정보 및 통신 기술을 사용하여 가입자의 평가, 진단, 상담, 치료, 교육, 진료 관리 및/또는 자기 관리를 포함하는 의료 서비스를 제공합니다. 원격 의료에는 오디오만 있는 전화 통신, 팩스 기계 또는 전자 메시징만을 통한 의료 서비스 제공이 포함되지 않지만, 원격 진료, 저장 및 전달 기술 또는 원격 환자 모니터링과 함께 사용되는 경우 이러한 기술의 사용이 배제되지 않습니다. 사전 허가는 필요하지 않습니다.
재향군인 요양원 혜택	장기 배치가 필요한 각 재향군인, 재향군인의 배우자 또는 Gold Star 부모 가입자는 재향군인 요양원 배정을 받을 자격이 있으며, HomeFirst로부터 네트워크 내 이용 가능 여부를 통보받게 됩니다. HomeFirst가 이용 가능한 재향군인 요양원이 있는 지역에서 운영되지 않거나 네트워크에 재향군인 요양원이 없는 경우 가입 브로커에게 안내를 받게 됩니다. 사전 허가는 필수입니다.

소비자 주도형 개인 지원 서비스(CDPAS)

Public Partnerships LLC(PPL)는 뉴욕에서 유일한 주 전체 재정 중개자입니다. PPL은 가입자에게 CDPAS 서비스를 제공할 수 있는 유일한 기관입니다. 가족이나 친구가 가입자의 개인 보조원이 되기를 원하는 경우 해당 인원은 PPL에 등록해야 합니다.

PPL에는 가입자 또는 가입자의 개인 보조원을 지원할 수 있는 소비자 주도형 개인 지원 프로그램(CDPAP) 지원 기관 네트워크도 있습니다. 이들은 뉴욕 전역에 있는 지역사회 기반 단체이며, 직접 방문할 수 있는 사무소를 두고 있습니다.
자세한 내용은 **pplfirst.com/cdpap-facilitators/**에서 확인하십시오.

원하는 경우 전화로 PPL에 문의할 수도 있습니다. 아래 언어를 사용하는 경우 PPL에 전화할 수 있습니다.

언어	전화번호	운영 시간
영어(또는 기타 언어)	1-833-247-5346	월요일 ~ 토요일, 오전 8:00 ~ 오후 8:00
스페인어	1-833-281-0927	월요일 ~ 토요일, 오전 8:00 ~ 오후 8:00
중국어	1-833-279-3467	월요일 ~ 금요일, 오전 8:00 ~ 오후 6:00
아랍어	1-833-279-4829	월요일 ~ 금요일, 오전 8:00 ~ 오후 6:00
아이티 크리올어	1-833-279-3513	월요일 ~ 금요일, 오전 8:00 ~ 오후 6:00
우르두어	1-833-281-3277	월요일 ~ 금요일, 오전 8:00 ~ 오후 6:00

TTY는 1-833-204-9042로 전화하십시오.

PPL은 또한 300개 이상의 언어에 대한 전담 번역 서비스를 제공합니다. 자세한 내용은 **pplfirst.com/programs/new-york/ny-consumer-directed-personal-assistance-program-cdpap/**에서 확인하십시오.

사회 복지 네트워크

지역별 사회 복지 네트워크(SCN)를 통해 기존의 지역, 주 및 연방 서비스에 대한 심사와 연계를 받을 수 있습니다. 자격이 있는 경우 이러한 지역 단체를 통해 주택, 교통, 교육, 고용 및 진료 관리에 도움이 되는 지역사회 내 서비스에 무료로 연결될 수 있습니다.

- 이 SCN을 통해 심사를 받은 후, 가입자와 가구 내 관심 있는 구성원은 사회 복지 안내 담당자를 만나 개인의 건강과 복지에 도움이 되는 서비스의 자격을 확인할 수 있습니다. 이때 추가 지원이 필요할 수 있는 부분을 파악하기 위해 가입자 또는 가입자의 가족 구성원에게 증빙 서류를 요청할 수 있습니다.
- 가입자 또는 가구 구성원이 서비스 자격을 갖춘 경우, 사회 복지 안내 담당자가 가입자와 협력하여 필요한 지원을 받도록 도와줍니다. 개인의 자격에 따라 둘 이상의 서비스를 받을 자격이 있을 수도 있습니다. 서비스에는 다음이 포함됩니다.
  - 주택 및 공공 서비스 지원:
    - 집을 이용하기 쉽고 안전하게 만들기 위한 경사로, 난간, 손잡이, 통로, 전동 도어 오프너, 출입구 확장, 문 및 캐비닛 손잡이, 욕실 시설, 주방 캐비닛 또는 싱크대, 미끄럼 방지 바닥재 등의 주택 개조 설치.
    - 곰팡이 제거, 해충 방제 및 천식 유발 요인 제거 서비스.
    - 집안의 환기를 개선하는 데 도움이 되는 에어컨, 난방기, 가습기 또는 제습기 제공.
    - 치료에 필요한 소형 냉장 장치 제공.
    - 지역사회에서 안전하고 안정적인 주거를 찾고 신청하도록 지원(임대료 및 공공요금 지원 포함 가능).

참고: 일부 주택 서비스는 가입자의 플랜에서 보장될 수 있습니다. 따라서 일부 주택 서비스에는 사회 복지 안내 담당자와 건강 플랜 케어 매니저 간의 조정이 필요합니다.

– 교통 서비스:

- 취업 면접, 부모 교육, 퇴거를 막기 위한 주택 법원, 지역 농산물 직판장, 중요한 서류를 발급받기 위한 시 또는 주 정부 사무소 등 SCN이 승인한 장소로 이동할 수 있도록 대중교통 또는 개인 교통편 이용 지원.

– 진료 관리 서비스:

- 일자리나 직업 훈련 프로그램 찾기, 공공 혜택 신청, 재정 관리 등에 대한 지원.
- 보육, 상담, 위기 개입, 헬스 홈 프로그램 등의 서비스 연결.

해당 지역의 SCN에 연락하기:

1. HomeFirst에 1-877-771-1119(TTY: 711)로 전화하시면 해당 지역의 SCN에 연결해 드립니다.
2. 카운티 내 SCN에 전화하여 심사 또는 추가 정보를 요청할 수 있습니다. 아래 표에서 SCN 연락처 정보를 참조하십시오.
3. 웹사이트를 방문하여 자가 심사를 시작할 수도 있습니다.

SCN과 연결되면 사회 복지 안내 담당자가 질문을 하고, 필요한 경우 증빙 서류를 요청하며, 이용 가능한 서비스에 대해 자세히 알려주고, 해당 서비스에 연결할 수 있도록 도와줌으로써 가입자의 자격을 확인합니다.

SCN	카운티	전화번호
Health Equity Alliance of Long Island	Nassau	1-516-505-4434
	healiny.org/	
Hudson Valley Care Coalition, Inc	Dutchess, Orange, Putnam, Rockland, Sullivan, Ulster, Westchester	1-914-215-5292
	hudsonvalleycare.org/services/hudson-valleys-social-care-network/	
Public Health Solutions	Manhattan, Queens, Brooklyn	1-888-755-5045
	wholeyou.nyc/	
Staten Island Performing Provider System	Richmond Brooklyn: 11209, 11219, 11220, 11228 Queens: 11355, 11368, 11373, 11377	1-917-830-1140
	statenislandpps.org/social-care-network/	
Somos Healthcare Providers, Inc.	Bronx	1-833-SOMOSNY (1-833-766-6769)
	somoscommunitycare.org/social-care-network/	

SCN이 제공하는 이러한 서비스는 보건부(DOH) 지침에 따라 3/31/27까지 또는 그 이후까지 이용할 수 있습니다.

추가 보장 서비스 세부 정보

모든 보장 서비스는 HomeFirst에서 제공하거나 HomeFirst를 통해 계약됩니다. HomeFirst 가입 자료에서 현재 제공자 네트워크를 확인하거나 HomeFirst 웹사이트 **elderplan.org/member-benefits/homefirst-benefits/homefirst-provider-network/**를 방문하십시오. 제공자를 찾을 수 없는 경우 가입자 서비스부에 전화하여 네트워크 제공자 목록을 요청하십시오. 담당 의료 제공자는 특정 보장 서비스에 대해 HomeFirst로부터 허가를 받아야 합니다. HomeFirst는 가입자의 상태가 요구하는 대로 신속하게 서비스를 승인하기 위해 모든 노력을 기울일 것입니다.

가입 시 HomeFirst 가입자 ID 카드를 받게 됩니다. 카드는 항상 지참하는 것이 중요합니다. HomeFirst 가입자는 사전 허가 절차를 따를 때 네트워크 제공자의 보장 서비스에 대해 비용을 지불할 책임이 없습니다. 네트워크 제공자로부터 직접 청구서를 받은 경우 HomeFirst에 알려야 합니다. 저희는 오류를 바로잡기 위해 해당 네트워크 제공자에게 연락합니다.

HomeFirst 가입자는 28조 클리닉에서 다음 서비스를 직접 신청할 수 있습니다.

- 안과 서비스: 뉴욕주립대학교 검안대학 제휴 검안 서비스
- 치과 서비스: 학술 의료 센터에서 운영

가입자가 자격 기준을 충족하고 플랜의 사전 허가를 받은 경우 HomeFirst가 경구 보충제를 보장할 수 있습니다. 경장 영양 조제식 및 영양 보충제의 보장은 다른 방법으로는 영양을 섭취할 수 없는 사람과 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 상태로 제한됩니다.

1. 음식을 씹거나 삼킬 수 없어 튜브로 조제식을 공급받아 영양을 섭취해야 하는 사람, **및**
2. 다른 방법으로는 얻을 수 없는 필수 영양소를 공급하기 위해 특수 의료용 조제식이 필요한 희귀 선천성 대사 장애가 있는 사람.

아미노산 및 유기산 대사의 특정 유전 질환에 대한 보장에는 저단백 또는 변형 단백질을 포함하는 변형 고형 식품이 포함되어야 합니다.

요양원 간호는 최소 3개월 동안 영구 배치로 간주되는 개인에게 적용됩니다. 해당 기간이 지나면 가입자의 요양원 간호는 일반 Medicaid를 통해 보장될 수 있으며 HomeFirst에서 가입이 취소됩니다.

서비스 지역 밖에서 진료 받기

보장 지역 밖으로 여행할 때, 가급적이면 여행 전에 케어 매니저에게 알려야 합니다. 보장 지역 밖에서 서비스가 필요한 경우 가입자 서비스부 팀과 케어 매니저에게 연락해야 합니다. 가입자가 자리를 비운 동안 의학적으로 필요한 치료를 준비할 수 있도록 도와드립니다. 월요일부터 금요일까지 오전 8시 30분부터 오후 5시까지 1-877-771-1119(TTY: 711)로 가입자 서비스부에 문의할 수 있습니다.

연속 30일을 초과하여 서비스 지역을 떠날 계획이라면 HomeFirst가 가입자의 건강 요구 사항을 적절하게 모니터링하기 어려울 것입니다. 이 경우 HomeFirst는 삼십(30)일이 경과한 후 영업일 기준 5일 이내에 탈퇴를 시작해야 합니다. 이 경우 가입자 서비스부 또는 진료 관리 팀에 전화하여 옵션에 대해 논의해야 합니다.

지역 외 응급 진료

해당 지역을 떠나 있는 동안 응급 상황이 발생하면 즉시 치료를 받아야 합니다. 가입자, 가족 또는 친구는 가능하면 2시간 이내에 HomeFirst에 연락해야 합니다. 저희가 필요한 치료 계획 변경을 적절히 진행하려면 이 정보가 있어야 합니다.

지역 외 긴급 진료

긴급 진료가 필요한 상황이란 다음 정기 진료 방문 전에 의사나 기타 의료 서비스 제공자의 진찰이 필요한 질병이나 의학적 문제를 말합니다. 서비스 지역 밖에서 긴급 치료가 필요한 경우 HomeFirst는 담당 의사 또는 기타 의료 전문가가 내린 의학적 필요성 결정을 수락합니다. HomeFirst는 의료 제공자가 지시한 서비스 중 HomeFirst가 보장하는 서비스에 대한 비용을 지불합니다.

응급 서비스

응급 서비스는 건강에 심각한 위협이 되는 상태의 갑작스러운 발병을 의미합니다. 응급 진료를 받기 위해 HomeFirst의 사전 허가를 받을 필요는 없습니다.

의료 응급 상황의 경우:

- 911에 전화하거나 가장 가까운 응급실로 가십시오.
- 응급 진료를 받기 전에 HomeFirst에 알릴 필요가 없습니다.
- 즉각적인 정신 건강 지원이 필요한 경우 988에 전화하거나 문자를 보내십시오.

앞서 언급했듯이 응급 서비스를 위해 사전 허가가 필요하지 않습니다. 단, 응급 상황 발생 후 24시간 이내에 HomeFirst에 알려야 합니다. HomeFirst를 통해서만 제공될 수 있는 장기 치료 서비스가 필요할 수 있습니다. 담당 진료 관리 팀은 가입자 및 담당 의료 제공자와 협력하여 가입자가 필요로 하는 치료를 조정할 것입니다.

입원 중인 경우 가족이나 다른 간병인이 입원 후 24시간 이내에 HomeFirst에 연락해야 합니다. 담당 케어 매니저는 필요에 따라 가정 간호 서비스를 중단하고 다른 약속을 취소할 것입니다. 병원 퇴원 시 치료를 계획하기 위해 협력할 수 있도록 일차 진료 제공자 또는 병원 퇴원 계획자에게 HomeFirst에 연락하도록 반드시 알려주십시오.

과도기 진료 절차

HomeFirst의 신규 가입자는 비네트워크 의료 서비스 제공자가 플랜 요율로 지불을 수락하고, HomeFirst의 품질 보증 및 기타 정책을 준수하며, 해당 진료에 대한 의료 정보를 플랜에 제공하는 경우, 생명을 위협하는 질병이나 상태 또는 퇴행성.장애 질병이나 상태와 관련하여 진행 중인 치료 과정을 가입일로부터 최대 60일의 과도기 동안 그 제공자와 계속할 수 있습니다. 과도기 진료는 HomeFirst가 보장하는 서비스 및 혜택에만 적용됩니다.

담당 의료 제공자가 네트워크를 떠나는 경우, 제공자가 플랜 요율로 지불을 수락하고, 플랜 품질 보증 및 기타 정책을 준수하고, 플랜에 치료에 대한 의료 정보를 제공하는 경우 최대 90일의 과도기 기간 동안 진행 중인 치료 과정을 계속할 수 있습니다.

과도기 진료 서비스 기준을 충족하는 상태가 있다고 생각되면 진료 관리 팀에 알려주십시오.

승인된 서비스 지역 축소, 폐쇄, 인수, 합병 또는 기타 승인된 약정으로 인해 다른 MLTC 플랜에서 HomeFirst로 가입이 전환되는 경우, HomeFirst는 가입 후 연속 120일 동안 또는 HomeFirst가 평가를 수행하고 가입자가 새로운 개인 중심 서비스 플랜에 동의할 때까지 현재의 기존 개인 중심 서비스 플랜에 따라 서비스를 계속 제공해야 합니다.

Money Follows the Person(MFP)/Open Doors

이 섹션에서는 Money Follows the Person(MFP)/Open Doors를 통해 제공되는 서비스 및 지원에 대해 설명합니다. MFP/Open Doors는 요양원에서 지역사회의 집이나 거주지로 다시 이사하는 데 도움이 되는 프로그램입니다. 다음과 같은 경우 MFP/Open Doors를 사용할 수 있습니다.

- 요양원에서 3개월 이상 거주한 경우
- 지역사회의 서비스를 통해 충족할 수 있는 건강 요구 사항이 있는 경우

MFP/Open Doors에는 전환 전문가 및 동료라고 불리는 사람들이 있으며, 이들은 요양원에서 가입자를 만나 지역사회로 돌아가는 것에 대해 이야기할 수 있습니다. 전환 전문가 및 동료는 케어 매니저 및 퇴원 플래너와 다릅니다. 이들은 다음과 같은 방법으로 가입자를 도울 수 있습니다.

- 지역사회의 서비스 및 지원에 대한 정보 제공
- 자립에 도움이 되는 지역사회에서 제공되는 서비스 찾기
- 이사 후 방문하거나 전화를 걸어 집에 필요한 것이 있는지 확인

MFP/Open Doors에 대한 자세한 내용을 확인하거나 전환 전문가 또는 동료의 방문을 예약하려면 뉴욕 독립 생활 협회에 1-844-545-7108번으로 전화하거나 mfp@health.ny.gov로 이메일을 보내주십시오. **health.ny.gov/mfp** 또는 **ilny.org**에서 MFP/Open Doors 웹사이트를 방문할 수도 있습니다.

저희 플랜에서 보장되지 않는 Medicaid 서비스

HomeFirst가 보장하지 않지만 일반 Medicaid에서 보장할 수 있는 일부 Medicaid 서비스가 있습니다. Medicaid 혜택 카드를 사용하여 Medicaid를 받는 모든 의료 제공자로부터 이러한 서비스를 받을 수 있습니다. 혜택이 HomeFirst 또는 Medicaid에서 보장되는지 여부에 대해 질문이 있는 경우 1-877-771-1119(TTY: 711)번으로 가입자 서비스부에 전화하십시오. Medicaid 혜택 카드를 사용하여 Medicaid에서 보장하는 일부 서비스는 다음과 같습니다.

약국

대부분의 처방약과 비처방약, 조제 처방약은 일반 Medicaid에서 보장하며, Medicare가 있는 경우에는 Medicare 파트 D에서 보장합니다.

다음을 포함한 특정 정신 건강 서비스:

- 집중 정신 재활 치료
- 주간 치료
- 중증 및 지속성 정신 질환을 위한 사례 관리(주 또는 지역 정신 건강 부서에서 후원)
- Medicare에서 보장하지 않는 부분 병원 진료
- 지역사회 가정 또는 가족 기반 치료를 받는 사람들을 위한 재활 서비스
- 지속적인 주간 치료
- 적극적인 지역사회 치료
- 맞춤형 회복 지향 서비스

다음을 포함한 특정 지적 및 발달 장애 서비스:

- 장기 치료
- 주간 치료
- Medicaid 서비스 조정
- 가정 및 지역사회 기반 서비스 면제에 따라 받은 서비스

다음을 포함한 기타 Medicaid 서비스:

- 메타돈 치료
- 결핵(TB)에 대한 직접 관찰 요법
- HIV COBRA 사례 관리
- 가족 계획
  기준이 충족되는 경우 의학적으로 필요한 특정 배란 촉진 약물.

HomeFirst에서 보장하지 않지만 Medicare 또는 일반 Medicaid에서 보장하는 기타 서비스는 다음과 같습니다.

입원환자 병원 서비스	입원환자 병원 서비스에는 병원 입원이 필요한 진료, 치료 및 간호 서비스가 포함됩니다.
외래환자 병원 서비스	하룻밤 입원이 필요하지 않은 환자에게 진단, 치료 또는 예방 서비스를 제공하는 병원에서 제공하는 서비스입니다.
검사실 서비스	자격이 되는 의료 전문가가 지시한 의학적으로 필요한 검사 및 절차가 포함됩니다.
의원, 클리닉, 시설 또는 가정에서 제공되는 서비스를 포함한 의사 서비스	의사 서비스에는 의원, 가정 및 시설에서 제공되는 의사 보조원 및 사회복지사의 서비스가 포함됩니다.
방사선과 및 방사성 동위원소 서비스	진단 방사선, 초음파, 핵의학, 방사선 종양학 및 자기 공명 영상(MRI) 서비스로, 자격을 갖춘 의료인의 지시에 따라 수행됩니다.
비응급 의료 교통편	생명을 위협하는 응급 상황이 아닌 일상적 또는 긴급한 의료, 치과 및 기타 건강 서비스 예약 장소를 오가는 예약 교통편입니다.
응급 교통편	병원으로의 응급 또는 구급차 교통편

농촌 건강 클리닉 서비스	비의사 진료 인력(예: 전문 간호사 및 의사 보조원)의 활용도를 높이기 위해 농촌 지역의 Medicare 및 Medicaid 수혜자에게 서비스를 제공하는 프로그램.
만성 신장 투석	만성 신장 질환에 대한 서비스 및 치료.
정신 건강 서비스	정신 건강 서비스에는 약물 치료와 정신과 병원 입원을 포함한 입원환자 및 외래환자 진료와 치료가 모두 포함됩니다.
알코올 및 약물 남용 서비스	알코올 및 약물 중독의 치료 및 예방.
발달장애인국(OPWDD)	주로 발달 장애인을 대상으로 하는 장기 치료: 발달 장애인을 위한 주간 치료 서비스와 가정 및 지역사회 기반 프로그램 서비스.
호스피스	호스피스 프로그램은 질병의 마지막 단계에서 경험하는 특별한 요구를 충족하기 위해 환자와 가족에게 지원 및 임종 치료를 제공합니다.

이러한 서비스는 HomeFirst의 혜택 패키지의 일부는 아니지만 가입자의 진료 관리 팀은 필요에 따라 이를 준비하고 조정하는 데 도움을 줄 것입니다. 현재 이러한 서비스의 전부 또는 일부를 보장하는 다른 건강 플랜에 가입되어 있는 경우 이러한 혜택을 계속 받기 위해 해당 보장을 계속 유지할 수 있습니다.

HomeFirst 또는 Medicaid에서 보장하지 않는 서비스

담당 의료 제공자가 이러한 서비스가 보장되지 않는다고 사전에 알려주고 가입자가 해당 서비스에 대한 비용을 지불하는 데 동의하는 경우 HomeFirst 또는 Medicaid에서 보장하지 않는 서비스에 대한 비용을 지불해야 합니다. HomeFirst 또는 Medicaid에서 보장하지 않는 서비스의 예는 다음과 같습니다.

- 의학적으로 필요하지 않은 경우 성형 수술
- 개인 및 안락 용품
- 플랜에 포함되지 않은 제공자의 서비스(HomeFirst가 가입자를 해당 제공자에게 보내지 않는 한)

질문이 있는 경우 가입자 서비스부에 1-877-771-1119(TTY: 711)번으로 전화하십시오.

보장 및 비보장 서비스의 조정

HomeFirst에 가입해도 Medicare 혜택에는 영향을 미치지 않습니다. 가입자는 제공자 방문, 입원, 검사실 검사, 구급차 및 기타 Medicare 혜택에 대해 Medicare의 보장을 계속 받게 됩니다. Medicare 서비스를 받기 위해 HomeFirst의 허가가 필요하지 않습니다.

그러나 HomeFirst는 다음을 수행할 수 있습니다.

- 자격이 되는 제공자 목록을 제공합니다(아직 없는 경우).
- 제공자 약속을 예약합니다.
- 입원 중인 경우 퇴원 준비를 도와드립니다.
- Medicare가 보장하는 가정 간호 서비스를 준비합니다.

HomeFirst가 보장하는 서비스(18페이지 참조)를 받고 있고 Medicare에도 적용되는 것으로 확인되면 의료 제공자는 Medicare를 기본 보험으로 청구합니다. Medicare가 보장 서비스의 전체 비용을 보장하지 않는 경우 HomeFirst에는 공제액 또는 공동보험액에 대한 요금이 청구됩니다.

보장되지 않는 HomeFirst 서비스(38페이지 참조)인 가입자가 받는 모든 서비스는 기본 보험으로 Medicare에 청구됩니다. Medicare가 해당 서비스의 전체 비용을 충당하지 않는 경우 남은 잔액은 Medicaid 행위별 수가제로 청구됩니다. HomeFirst 가입자 ID 카드는 HomeFirst 가입자임을 확인해 주는 카드로, Medicaid, Medicare 및 기타 모든 건강 보험 카드와 함께 항상 휴대해야 합니다.

HomeFirst에서 승인한 특정 서비스에 액세스하려면 HomeFirst 가입자 ID 카드가 필요합니다.

현재 받고 있는 보장 서비스가 Medicare 보장 서비스인 경우 선택한 의료 제공자를 계속 사용할 수 있습니다. HomeFirst는 Medicare 보장 한도가 충족되고 HomeFirst가 치료에 대한 기본 지불을 담당하는 경우 제공자를 변경할 필요가 없도록 저희 네트워크의 제공자를 이용할 것을 권장합니다.

Medicaid는 HomeFirst에서 보장하지 않는 서비스에 대해 비용을 지불합니다. Medicaid를 통해 투석, 정신 건강 및 약물 남용 장애 상담 또는 알코올 해독과 같은 서비스를 직접 이용할 수 있습니다. 이러한 서비스는 HomeFirst에서 보장하지 않습니다. 이러한 유형의 서비스에 대해서는 HomeFirst의 허가가 필요하지 않습니다. 가입자의 진료 관리 팀은 Medicaid 보장 서비스를 HomeFirst 서비스와 함께 받고 조정할 수 있도록 도와드립니다.

보장 서비스를 받는 방법

치료 계획 개발 및 모니터링

가입하면 가입자, 담당 의료 제공자 및 가입자의 진료 관리 팀이 협력하여 가입자의 필요에 맞는 치료 계획을 개발할 것입니다. 가입자의 치료 계획에는 건강 상태를 유지하고 개선하는 데 필요한 모든 서비스가 포함됩니다. 치료 계획에는 HomeFirst가 보장하는 서비스와 Medicaid

및 Medicare가 보장하는 서비스가 모두 포함됩니다. 이는 가입자의 건강 관리 요구 사항, 의료 제공자의 권장 사항 및 개인 선호도에 대한 평가를 기반으로 합니다.

건강 관리 요구 사항이 변경됨에 따라 다른 서비스가 필요할 수도 있고, 동일한 서비스가 더 많이 또는 더 적게 필요할 수도 있습니다. 당연히 이를 위해서는 치료 계획도 변경해야 합니다. 가입자의 진료 관리 팀과 담당 의료 제공자는 의학적으로 필요한 치료 계획의 변경 사항을 검토하고 승인할 것입니다. 이들은 가입자가 받고 있는 서비스가 가입자의 요구 사항을 충족하는지 확인하기 위해 정기적으로 가입자와 함께 평가할 것입니다. PCSP는 매년 1년 단위로 수립되며 가입자의 의학적 필요에 따라 필요한 경우 조정됩니다.

가입자는 의료 팀의 중요한 구성원이므로 필요한 것이 무엇인지 알려주는 것이 중요합니다. 현재 받고 있지 않거나 치료 계획을 변경하려는 서비스가 필요한 경우 의료 제공자 및 진료 관리 팀과 상담하십시오. 또한 가입자의 진료 관리 팀은 가입자의 의학적 상태가 적절하게 모니터링되고 있는지 확인하기 위해 가입자와 협력할 것입니다.

치료 계획 변경 요청

치료 계획을 변경하거나(예: 서비스를 받는 요일 또는 시간 변경) 치과 진료 또는 검안과 같은 서비스를 요청하려면 가입자 또는 담당 의료 제공자가 가입자 서비스부에 전화하여 진료 관리 팀에 알려야 합니다. 그런 다음 가입자의 진료 관리 팀은 가입자가 요청한 변경 사항에 대해 담당 의료 제공자와 상의할 것입니다. 가입자의 진료 관리 팀과 의료 제공자가 동의하면 그에 따라 가입자의 치료 계획이 변경됩니다.

필요한 모든 정보를 확보한 경우, HomeFirst는 가입자의 상태가 요구하는 만큼 신속하게 치료 계획 변경 요청에 응답하며, 늦어도 표준 요청은 14일 이내에, 신속 요청은 72시간 이내에 응답합니다. HomeFirst

가 가입자의 변경 요청 또는 서비스 요청을 거부하는 경우 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. HomeFirst의 불리한 결정에 대해 이의를 제기하는 방법에 대한 지침은 **서비스 허가, 조치 및 조치 이의 제기 섹션** (47페이지)을 참조하십시오.

사전 허가 또는 동시 검토가 필요한 치료 계획의 서비스

보장 서비스(18페이지 참조)를 받으려면 가입자 또는 담당 의료 제공자가 HomeFirst로부터 사전 허가를 받아야 합니다. 14페이지의 **진료 조정** 섹션에 설명된 대로 진료 관리 팀 또는 가입자 서비스부에 문의할 수 있습니다. 가입자 서비스부 문의는 월요일부터 금요일, 오전 8시 30분부터 오후 5시까지 1-877-771-1119번으로 하실 수 있습니다. TTY/TDD는 711번으로 전화하십시오. 가입자 서비스부는 가입자의 진료 관리 팀에 정보를 전달합니다. Medicare가 있고 허가 또는 혜택 조정에 대해 질문이 있는 경우 1-877-771-1119로 가입자 서비스부에 문의하십시오. TTY는 711번으로 전화해 주십시오.

응급 서비스를 제외한 모든 보장 서비스는 받기 전에 HomeFirst의 허가가 필요합니다.

교통편

HomeFirst는 플랜 혜택의 일부로 비응급 의료 교통편 서비스를 제공하지 않습니다. 가입자를 위한 교통 서비스는 뉴욕주 보건부의 주 전역 교통 중개기관인 Medical Answering Services (MAS)에서 준비합니다.

가입자 또는 담당 의료 제공자는 **medanswering.com/**에서 MAS에 문의하거나, NYC 5개 자치구, Nassau, Westchester 또는 Putnam에 거주하는 경우 1-844-666 6270으로 전화해야 합니다. Dutchess, Orange, Rockland, Sullivan 및 Ulster 카운티에 거주하는 경우 1-866-932-7740으로 전화하십시오.

가입자는 월요일부터 금요일까지 오전 7시부터 오후 6시까지 전화하여 이동 일정을 예약합니다. 긴급 진료 방문 및 병원 퇴원은 언제든지 전화로 요청할 수 있습니다.

가입자 또는 담당 의사는 진료 예약 최소 3일 전에 MAS에 연락하여 예약 세부 정보(날짜, 시간, 주소 및 제공자 이름)와 Medicaid 식별 번호를 제공해야 합니다.

의료 장비, 소모품 및 산소

HomeFirst는 필요한 모든 의료 장비, 의료 용품 및 산소를 준비합니다. 가입자의 진료 관리 팀은 담당 의료 제공자와 상의하고 배송 및 설치를 준비할 것입니다. Medicare가 지불하는 의료 장비를 이미 가지고 있거나 필요한 경우 HomeFirst는 비네트워크 제공자가 제공한 장비라도 해당 장비에 대한 자기부담금을 지불합니다.

요양원 간호

참여 요양원 중 한 곳으로의 입소는 개별적으로 결정되며 Medicaid 자격 규칙을 따릅니다. 가입자의 진료 관리 팀이 필요한 절차를 준비하며, HomeFirst는 담당 의료 제공자와 함께 요양원 입소에 동의한 가입자의 요양원 치료를 보장합니다. 가입자는 HomeFirst 제공자 네트워크의 요양원을 이용해야 합니다.

요양원 간호나 Medicaid 또는 Medicare 보장에 대해 질문이 있는 경우 진료 관리 팀에 전화하십시오.

서비스 허가, 조치 및 조치 이의 제기

가입자 또는 가입자를 대신하는 제공자가 치료 또는 서비스에 대한 허가를 요청하는 것을 **서비스 허가 요청**이라고 합니다. 서비스 허가를 요청하려면 가입자 또는 담당 의료 제공자가 월요일부터 금요일까지 오전 8시 30분부터 오후 5시까지 1-877-771-1119로 가입자 서비스부에 전화하면 됩니다. TTY는 711번으로 전화해 주십시오. 요청은 다음 주소로 서면으로 제출할 수도 있습니다.

HomeFirst
Attn: Coordinated Care
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

저희는 일정한 양의 서비스를 특정 기간 동안 승인합니다. 이를 **허가 기간**이라고 합니다.

자격이 되는 임상 인력은 가입자의 현재 상태에 대한 종합 평가를 기반으로 서비스가 의학적으로 필요하고 적절한지 여부를 결정할 것입니다. 서비스 허가 절차는 가입 시 초기 치료 계획으로 시작됩니다. 초기 치료 계획 수립에 대한 설명은 14페이지를 참조하십시오.

HomeFirst는 모든 가입자에 대한 서비스 허가가 모든 해당 연방 및 주 규정에 따라 수행되고 모든 결정 기간을 준수하도록 조치를 취할 것입니다. 모든 HomeFirst 가입자와 가입자 대리인은 서비스를 요청할 권리가 있습니다. HomeFirst 직원은 요청에 대한 응답을 받기 위한 적절한 일정과 요청 처리 기간을 이해하는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

가입자를 대신하여 말할 가족이나 친구를 선택할 수 있습니다. 지정된 대리인의 이름을 HomeFirst에 알려야 합니다. 진료 관리 팀 또는 가입자

서비스부에 전화하여 이를 수행할 수 있습니다. 대리인이 누구인지 명시하고 서명할 수 있는 양식을 제공해 드립니다.

사전 허가

응급 서비스를 제외한 모든 보장 서비스는 서비스를 받기 전에 또는 계속 받기 위해 HomeFirst의 사전 허가(미리 받는 승인)가 필요합니다. 보장 서비스 목록은 18페이지를 참조하십시오.

서비스 허가를 받으려면 가입자 또는 담당 의료 제공자가 1-877-771-1119(TTY: 711)로 HomeFirst에 연락해야 합니다. 가입자 또는 담당 의료 제공자는 다음 주소로 서면으로 요청을 보낼 수도 있습니다.

HomeFirst
Attn: Coordinated Care
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

서비스는 일정한 양으로 특정 기간 동안 승인됩니다. 이를 허가 기간이라고 합니다.

동시 검토

HomeFirst에 지금보다 더 많은 서비스를 요청할 수도 있습니다. 이러한 유형의 요청을 **동시 검토**라고 합니다. 여기에는 입원환자 병원 입원 후 Medicaid가 보장하는 가정 건강 관리 서비스에 대한 요청이 포함됩니다.

사후 검토

때때로 저희는 가입자가 여전히 치료가 필요한지 확인하기 위해 가입자가 받고 있는 치료에 대한 검토를 할 것입니다. 또한 가입자가 이미 받은 다른 치료 및 서비스를 검토할 수도 있습니다. 이를 **사후 검토**라고 합니다. 이러한 검토를 수행하면 알려드립니다.

서비스 허가 요청을 받은 후에는 어떻게 됩니까?

플랜에는 가입자가 약속된 서비스를 받을 수 있도록 확인하는 검토 팀이 있습니다. 의사와 간호사가 검토 팀에 속해 있습니다. 검토 팀의 임무는 가입자가 요청한 치료나 서비스가 의학적으로 필요하고 가입자에게 적합한지 확인하는 것입니다. 검토 팀은 가입자의 치료 계획을 인정되는 의료 표준에 비추어 확인하는 방식으로 이를 수행합니다.

서비스 허가 요청을 거부하거나 요청한 것보다 적은 양으로 허가하기로 결정할 수 있으며, 이를 조치라고 합니다. 이러한 결정은 자격이 되는 의료 전문가가 내립니다. 요청한 서비스가 의학적으로 필요하지 않다고 판단되는 경우, 일반적으로 가입자가 요청한 치료를 제공하는 의사, 간호사 또는 의료 전문가일 수 있는 임상 동료 검토자가 결정을 내립니다. 의학적 필요성과 관련된 조치에 대한 결정을 내리는 데 사용되는 **임상 검토 기준**이라고 하는 특정 의료 표준을 요청할 수 있습니다.

가입자의 요청을 받은 후 **표준** 또는 **신속(패스트 트랙)** 프로세스에 따라 검토할 것입니다. 가입자 또는 담당 의사는 지연이 가입자의 건강에 심각한 해를 끼칠 것이라고 생각되는 경우 *신속(패스트 트랙)* 검토를 요청할 수 있습니다. 신속(패스트 트랙) 검토 요청이 거부되면 저희가 알려드리며 표준 검토 절차에 따라 요청이 처리됩니다. 모든 경우에 저희는 가입자의 의학적 상태가 요구하는 만큼 신속하게 요청을 검토하며, 늦어도 아래에 명시된 기한 내에 검토합니다.

가입자의 요청이 승인되거나 거부되면 전화와 서면으로 가입자와 담당 의료 제공자에게 알려드립니다. 결정 이유도 알려드립니다. 가입자가 저희의 결정에 동의하지 않는 경우 어떤 이의 제기 옵션이 있는지 설명해 드립니다(47페이지의 조치 이의 제기 섹션 참조).

사전 허가 요청 기간

- **표준 검토:** 필요한 모든 정보를 확보한 후 영업일 기준 3일 이내에 가입자의 요청에 대한 결정을 내리며, 늦어도 요청을 접수한 후 7일 이내에 결과를 알려드립니다. 추가 정보가 필요한 경우 7일째 되는 날까지 알려드립니다.
- **신속(패스트 트랙) 검토:** 저희가 결정을 내리며, 가입자는 72시간 이내에 그 결과를 안내받게 됩니다. 추가 정보가 필요한 경우 72시간 이내에 알려드립니다.

동시 검토 요청 기간

- **표준 검토:** 필요한 모든 정보를 확보한 후 영업일 기준 1일 이내에 결정을 내리며, 늦어도 요청을 접수한 후 7일 이내에 결과를 알려드립니다.
- **신속(패스트 트랙) 검토:** 필요한 모든 정보를 확보한 후 영업일 기준 1일 이내에 결정을 내릴 것입니다. 가입자의 요청을 받은 후 72시간 이내에 저희로부터 연락을 드릴 것입니다. 추가 정보가 필요한 경우 영업일 기준 1일 이내에 알려드립니다.

기타 요청에 대한 특별 기간:

- 입원 후 입원 재활 서비스를 요청하는 경우, 필요한 모든 정보를 확보한 후 영업일 기준 1일 이내에 결정을 내리며, 늦어도 요청을 접수한 후 7일 이내에 결정합니다. 추가 정보가 필요한 경우 7일째 되는 날까지 알려드립니다.

서비스 요청에 대한 표준 또는 신속(패스트 트랙) 결정을 내리기 위해 추가 정보가 필요한 경우 위의 기간을 최대 14일까지 연장할 수 있습니다. 저희는 다음과 같이 조치합니다.

- 어떤 정보가 필요한지 서면으로 알려드립니다. 가입자의 요청이 신속(패스트 트랙) 검토 중인 경우 즉시 전화를 걸어 나중에 서면 통지를 보내드립니다.
- 지연이 가입자에게 최선의 이익이 되는 이유를 알려드립니다.
- 필요한 정보를 받으면 가능한 한 빨리 결정을 내리되 원래 기간이 끝난 날로부터 14일 이내에 결정을 내립니다.

저희의 답변에 만족하지 않는 경우 가입자는 저희에게 조치에 대한 이의를 제기할 권리가 있습니다. 내부 이의 제기가 결정되었고 결정이 가입자에게 유리하지 않은 경우 뉴욕주 임시 및 장애 지원 사무소(OTDA)에 공청회를 요청할 수 있습니다. 자세한 내용은 54페이지의 조치 이의 제기 섹션을 참조하십시오.

가입자, 담당 의료 제공자 또는 가입자가 신뢰하는 사람도 결정을 내리는 데 더 많은 시간을 할애하도록 요청할 수 있습니다. 이는 가입자가 사건 결정에 도움이 될 추가 정보를 플랜에 제공할 수 있기 때문일 수 있습니다. 이는 가입자 서비스부에 1-877-771-1119번으로 전화하거나 다음 주소로 요청을 제출하여 서면으로 수행할 수 있습니다.

HomeFirst
Attn: Coordinated Care
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

가입자 또는 가입자가 신뢰하는 사람은 가입자의 요청을 검토하는 데 더 많은 시간을 할애하기로 한 저희의 결정에 동의하지 않는 경우 플랜에 불만을 제기할 수 있습니다. 가입자 또는 가입자가 신뢰하는 사람은 1-866-712-7197로 전화하여 뉴욕주 보건부에 검토 시간에 대한 불만을 제기할 수도 있습니다.

가입자가 요청한 내용의 일부 또는 전부에 대해 저희의 답변이 '예'인 경우, 저희는 서비스를 승인하거나 가입자가 요청한 항목을 제공합니다.

요청하신 내용의 일부 또는 전부에 대해 저희의 답변이 '아니요'인 경우, 거부 사유를 설명하는 서면 통지를 보내드립니다. **조치에 대한 이의 제기 방법**에서 저희의 결정에 동의하지 않을 때 이의를 제기하는 방법을 확인하십시오.

조치란 무엇인가요?

HomeFirst가 가입자 또는 담당 의료 제공자가 요청한 서비스를 거부하거나 제한하는 경우, 의뢰 요청을 거부하는 경우, 요청된 서비스가 보장 혜택이 아니라고 결정하는 경우, 저희가 이미 승인한 서비스를 제한, 축소, 유예 또는 종료하는 경우, 서비스 비용 지불을 거부하는 경우, 서비스를 적시에 제공하지 않는 경우, 또는 필요한 기간 내에 불만이나 이의 제기에 대한 결정을 내리지 않는 경우, 이는 플랜의 "조치"로 간주됩니다. 조치는 이의 제기할 수 있습니다. (자세한 내용은 아래의 *조치에 대한 이의 제기 방법을* 참조하십시오.)

조치 통지 시기

가입자가 요청한 서비스를 거부 또는 제한하기로 결정하거나 적용 대상 서비스의 전부 또는 일부에 대해 비용을 지불하지 않기로 결정한 경우, 결정을 내릴 때 가입자에게 통지를 보냅니다. 승인된 서비스를 제한, 축소, 유예 또는 종료할 것을 제안하는 경우, 다음과 같은 경우를 제외하고 서비스를 변경하기 최소 10일 전에 서신이 발송됩니다.

- 가입자 사기가 확인된 경우 사전 통지 기간은 5일로 단축됩니다. 또는
- 저희는 다음의 경우 늦어도 조치일까지 통지를 우편으로 보낼 수 있습니다.
  - 가입자의 사망
  - 서비스 종료를 요청하거나 서비스 종료 또는 축소를 요구하는

정보를 제공하는 서명된 서면 진술서(정보 제공의 결과여야 함을 이해하는 경우)

- 가입자가 추가 서비스를 받을 자격이 없는 기관에 입소하는 경우
- 가입자의 주소를 알 수 없으며 가입자에게 보낸 우편물이 전달 주소가 없다는 사유로 반송되는 경우
- 가입자가 다른 관할 구역에서 Medicaid 서비스 대상으로 승인된 경우
- 가입자의 담당 의사가 의료 서비스 수준의 변경을 처방하는 경우

과거에 제공된 치료를 확인하는 경우 사후 검토에 필요한 정보를 받은 후 30일 이내에 지불에 대한 결정을 내릴 것입니다. 저희가 서비스에 대한 지불을 거부하는 경우, 지불이 거부된 날 가입자와 담당 의료 제공자에게 통지를 보냅니다. 나중에 의료 제공자에 대한 지불을 거부하더라도 플랜 또는 Medicaid에서 보장한 치료 비용을 지불할 필요가 없습니다.

조치 통지의 내용

조치에 대해 저희가 가입자에게 보내는 모든 통지는 다음과 같은 내용을 담고 있습니다.

- 저희가 취했거나 취하려고 하는 조치를 설명합니다.
- 임상적 근거가 있는 경우 이를 포함하여 조치의 이유를 명시합니다.
- 저희에게 이의를 제기할 수 있는 가입자의 권리를 설명합니다 (가입자가 주 정부의 외부 이의 제기 절차에 대한 권리도 행사할 수 있는지 여부 포함).
- 내부 이의 제기를 제기하는 방법과 내부 이의 제기에 대한 검토 속도를 높이도록 요청할 수 있는 상황을 설명합니다.

- 의학적 필요성이 관련되어 있거나 문제의 치료 또는 서비스가 실험적 또는 조사 단계인지 여부가 관련된 경우, 결정을 내리는 데 사용한 임상 검토 기준을 이용할 수 있다는 안내, **및**
- 저희가 이의 제기에 대한 결정을 내리기 위해 가입자 및/또는 담당 의료 제공자가 제공해야 하는 정보가 있는 경우 설명합니다.

통지서에는 이의 제기 및 주 공청회에 대한 가입자의 권리에 대해서도 알려드립니다.

- 이의 제기와 공청회의 차이점을 설명합니다.
- 공청회를 요청하기 전에 먼저 이의 제기를 제출해야 한다는 안내, **및**
- 이의 제기 신청 방법을 설명합니다.

저희가 승인된 서비스를 제한, 축소, 유예 또는 종료하는 경우, 통지에는 저희가 가입자의 이의 제기를 결정하는 동안 서비스를 계속 받을 수 있는 가입자의 권리, 서비스 지속을 요청하는 방법, 그리고 이의 제기를 검토하는 동안 서비스가 계속되는 경우 가입자가 그 비용을 지불해야 할 수 있는 상황도 함께 안내됩니다.

조치에 대한 이의 제기 방법

저희가 취한 조치에 동의하지 않는 경우 이의를 제기할 수 있습니다. 이의를 제기하면 저희가 조치의 사유를 다시 검토하여 그 조치가 옳았는지 판단해야 한다는 뜻입니다. 조치에 대한 이의는 구두 또는 서면으로 플랜에 제출할 수 있습니다. 플랜이 취하는 조치(예: 서비스 거부 또는 제한, 서비스 비용 미지급)에 대한 서신을 보내드리면, 가입자는 해당 조치를 통지하는 서신에 기재된 날짜로부터 60일 이내에 이의 제기 요청을 제출해야 합니다.

HomeFirst에 연락하여 이의 제기하는 방법

1-877-771-1119(TTY: 711)번으로 전화하거나 다음 주소로 서신을 보내 연락할 수 있습니다.

HomeFirst
Attn: Appeals and Grievances
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

가입자의 이의 제기를 접수한 사람이 이를 기록하고 해당 직원이 이의 제기 검토를 감독합니다. 가입자의 이의 제기를 접수했음을 알리는 서신을 보내드리며, 의료 기록 및 원래 결정을 내리는 데 사용된 기타 문서가 포함된 가입자의 사건 파일 사본을 포함할 것입니다. 가입자의 이의 제기 신청은 가입자가 이의를 제기하는 플랜의 초기 결정이나 조치에 관여하지 않은 지식이 풍부한 임상 직원이 검토합니다.

일부 조치의 경우 이의 제기 절차 중에 서비스 계속을 요청할 수 있습니다

현재 받을 수 있는 서비스의 제한, 축소, 유예 또는 종료에 대해 이의를 제기하는 경우, 이의 제기 신청이 결정되는 동안 이러한 서비스를 계속 받으려면 플랜 이의 제기 신청을 요청해야 합니다.

서비스 제한, 축소, 유예 또는 종료에 대한 통지서 날짜로부터 10일이 되는 날과 제안된 조치의 예정된 발효일 중 더 늦은 날까지 플랜 이의 제기를 요청하는 경우 저희는 가입자의 서비스를 계속해야 합니다. 플랜 이의 제기를 요청하고 계속하기 위한 지원을 요청하는 방법을 알아보려면 위의 "**조치에 대한 이의 제기 방법**"을 참조하십시오.

서비스는 가입자가 이의 제기를 철회할 때까지 계속됩니다. 저희 결정이 가입자에게 유리하지 않은 경우에는 저희가 이의 제기 결정 통지서를 우편으로 보낸 후 10일까지 계속되지만, 가입자가 서비스 지속을 함께 요청하여 뉴욕주 Medicaid 공청회를 신청한 경우는 예외입니다.. 58 페이지의 **주 공청회** 섹션을 참조하십시오.

이의 제기가 검토되는 동안 서비스 계속을 요청할 수 있지만, 플랜 이의 제기가 가입자에게 유리한 결정이 내려지지 않은 경우, 가입자의 사례가 검토되는 동안 서비스를 계속 받도록 요청했기 때문에 해당 서비스가 제공된 경우 해당 서비스에 대한 비용을 지불하도록 요구할 수 있습니다.

플랜에서 조치에 대한 이의 제기를 결정하는 데 얼마나 걸립니까?

신속(패스트 트랙) 검토를 요청하지 않는 한, 저희가 취한 조치에 대한 이의 제기는 표준 이의 제기로 검토합니다. 가입자의 의학적 상태가 요구하는 대로 최대한 빨리 서면 결정을 보내드리며, 늦어도 이의 제기를 받은 날로부터 30일 이내에 보내드립니다. (검토 기간은 연장을 요청하거나 추가 정보가 필요하고, 그 지연이 가입자의 이익에 부합하는 경우 최대 14일까지 늘릴 수 있습니다.) 이의 제기 검토의 일부인 기록을 볼 수 있는 기회도 주어집니다.

가입자의 이의 제기에 대해 내린 결정에 대한 통지를 보내 저희가 내린 결정과 해당 결정을 내린 날짜를 명시합니다.

요청된 서비스를 거부 또는 제한하거나 서비스를 제한, 축소, 유예 또는 종료하기로 한 결정을 번복하고 이의 제기가 계류 중인 동안 서비스가 제공되지 않은 경우, 저희는 가입자의 의학적 상태가 요구하는 만큼 빨리 분쟁 중인 서비스를 제공할 것입니다. 경우에 따라 "신속(패스트 트랙)" 이의 제기 신청을 요청할 수 있습니다. 아래의 **신속(패스트 트랙) 이의 제기 절차** 섹션을 참조하십시오.

신속(패스트 트랙) 이의 제기 절차

가입자가 이미 받고 있는 서비스를 더 많이 받기 위한 요청에 대한 이의 제기인 경우 저희는 항상 신속하게 검토합니다. 가입자 또는 담당 의료 제공자가 표준 이의 제기에 시간을 할애하는 것이 가입자의 건강이나 삶에 심각한 문제를 초래할 수 있다고 생각하는 경우, 가입자는 조치의 이의 제기에 대한 신속(패스트 트랙) 검토를 요청할 수 있습니다. 저희는 72시간 이내에 결정을 가입자에게 회신해 드릴 것입니다.

어떠한 경우에도 결정을 내리는 시간은 가입자의 이의를 접수받은 후 72시간을 초과하지 않습니다. (연장을 요청하거나 추가 정보가 필요하고, 그 지연이 가입자의 이익에 부합하는 경우 검토 기간을 최대 14일까지 늘릴 수 있습니다.)

신속 이의 제기 요청에 동의하지 않는 경우, 저희는 가입자의 신속(패스트 트랙) 이의 제기 요청을 거부했으며 이를 표준 이의 제기로 처리할 것임을 가입자에게 알리기 위해 가입자에게 직접 연락하고자 최선을 다할 것입니다. 또한, 저희는 가입자의 요청을 받은 후 2일 이내에 신속(패스트 트랙) 이의 제기 요청을 거부하기로 결정했다는 서면 통지를 가입자에게 보낼 것입니다.

플랜에서 내 이의 제기를 거부하면 어떻게 해야 합니까?

가입자의 이의 제기에 대한 저희의 결정이 가입자에게 완전히 유리하지 않은 경우, 가입자가 받은 통지서에는 뉴욕주에 Medicaid 공청회를 요청할 수 있는 가입자의 권리, 공청회를 신청하는 방법, 가입자를 대신하여 공청회에 출석할 수 있는 사람, 그리고 일부 이의 제기의 경우 공청회가 계류 중인 동안 서비스를 받을 수 있는 가입자의 권리와 그 요청 방법이 설명되어 있습니다.

***참고:* 가입자는 최종 불리한 결정 통지서의 날짜로부터 120일 이내에 공청회를 요청해야 합니다.** 의학적 필요성 문제로 인해 또는 문제의

서비스가 실험 또는 조사 중이라는 이유로 가입자의 이의 제기를 거부하는 경우, 통지서에는 뉴욕주에 저희 결정에 대한 "외부 이의 제기"를 요청하는 방법도 설명됩니다.

주 공청회

저희가 이의 제기에 대해 완전히 가입자에게 유리한 결정을 내리지 않은 경우, 가입자는 이의 제기 결정에 대한 통지를 보낸 날로부터 백이십(120)일 이내에 뉴욕주에 Medicaid 공청회를 요청할 수 있습니다.

가입자의 이의 제기가 가입자가 현재 받고 있는 승인된 서비스의 제한, 축소, 유예 또는 종료와 관련되어 있고 공청회를 요청한 경우, 가입자는 공청회 결정을 기다리는 동안 이러한 서비스를 계속 받게 됩니다. 공청회에 대한 가입자의 요청은 저희가 이의 제기 결정을 보낸 날로부터 10일 이내 또는 가입자의 서비스를 제한, 축소, 유예 또는 종료하기 위한 조치의 발효 예정일 중 더 늦은 날짜까지 이루어져야 합니다.

가입자의 혜택은 가입자가 공청회를 철회하거나 주 공청회 담당관이 가입자에게 유리하지 않은 공청회 결정을 내릴 때까지 계속됩니다.

주 공청회 담당관이 저희의 결정을 번복하는 경우, 저희는 가입자가 분쟁 중인 서비스를 신속히 받을 수 있도록 해야 하며, 가입자의 의학적 상태가 요구하는 즉시, 늦어도 플랜이 공청회 결정을 받은 날로부터 72시간 이내에 제공해야 합니다. 이의 제기가 계류 중인 동안 분쟁 중인 서비스를 받은 경우, 저희는 공청회 담당관이 명령한 보장 서비스에 대한 지불 책임을 집니다.

공청회 결정을 기다리는 동안 서비스 계속을 요청할 수 있지만, 공청회가 가입자에게 유리한 결정이 내려지지 않으면 공청회의 대상이었던 서비스에 대한 비용을 지불할 책임이 있을 수 있습니다.

임시 및 장애 지원 사무소(OTDA)에 연락하여 주 공청회를 신청할 수 있습니다.

- 온라인 요청 양식: 공청회 요청 | 공청회 | OTDA(**ny.gov**) (**otda.ny.gov/hearings/request/**)
- 인쇄 가능한 요청 양식 우편 발송:
  NYS Office of Temporary and Disability Assistance Office of Administrative Hearings
  Managed Care Hearing Unit
  P.O. Box 22023
  Albany, New York 12201-2023
- 인쇄 가능한 요청 양식 팩스 발송: (518) 473-6735
- 전화 요청:
  표준 공청회 라인..... 1 (800) 342-3334
  응급 공청회 라인..... 1 (800) 205-0110
  TTY 라인 – 711. 교환원에게 1 (877) 502-6155로 전화해 달라고 요청
- 직접 요청:

New York City
14 Boerum Place, 1st Floor
Brooklyn, New York 11201

Albany
40 North Pearl Street, 15th Floor
Albany, New York 12243

공청회 요청 방법에 대한 자세한 내용은 **otda.ny.gov/hearings/request/**에서 확인하십시오.

주정부 외부 이의 제기

서비스가 의학적으로 필요하지 않거나 실험 또는 조사 단계라고 판단하여 저희가 가입자의 이의 제기를 거부하는 경우, 가입자는 뉴욕주에 외부 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 외부 이의 제기는 저희 또는 뉴욕주에서 일하지 않는 검토자에 의해 결정됩니다. 이 검토자는 뉴욕주에서 승인한 자격이 되는 사람들입니다. 외부 이의 제기에 대해 비용을 지불할 필요가 없습니다.

의학적 필요성이 부족하거나 서비스가 실험 또는 조사 단계라는 이유로 이의를 거부하기로 결정하는 경우, 이의 제기 거부 결정과 함께 외부 이의 제기를 제기할 양식을 포함하여 외부 이의 제기를 제기하는 방법에 대한 정보를 제공합니다. 외부 이의 제기를 원하는 경우 이의 제기를 거부한 날로부터 4개월 이내에 뉴욕주 금융 서비스부에 양식을 제출해야 합니다.

양식을 얻는 몇 가지 방법은 다음과 같습니다.

- 금융 서비스부(1-800-400-8882)로 전화
- 금융 서비스부 웹사이트 **dfs.ny.gov** 방문
- 금융 서비스부에 다음 주소로 서신 발송:

New York City – Main Office
New York State Department of Financial Services
One State Street
New York, NY 10004-1511

Albany Office
New York State Department of Financial Services
Consumer Assistance Unit
One Commerce Plaza
Albany, NY 12257

이의 제기하는 데 도움이 필요한 경우 1-877-771-1119(TTY: 711)번으로 HomeFirst에 문의하십시오.

외부 이의 제기는 30일 이내에 결정됩니다. 외부 이의 제기 검토자가 추가 정보를 요청하는 경우 더 많은 시간(영업일 기준 최대 5일)이 필요할 수 있습니다. 검토자는 결정이 내려진 후 영업일 기준 2일 이내에 가입자와 저희에게 최종 결정을 알릴 것입니다.

의사가 지연이 건강에 심각한 해를 끼칠 것이라고 말할 수 있다면 더 빠른 결정을 내릴 수 있습니다. 이를 신속(패스트 트랙) 외부 이의 제기라고 합니다. 외부 이의 제기 검토자는 72시간 이내에 신속(패스트 트랙) 이의 제기를 결정합니다. 검토자는 전화나 팩스로 즉시 가입자와 저희에게 결정을 알려줄 것입니다. 나중에 결정을 알려주는 서신이 발송됩니다.

공청회와 외부 이의 제기를 모두 요청할 수 있습니다. 공청회와 외부 이의 제기를 요청하는 경우 공청회 담당관의 결정이 "중요한 결정"이 될 것입니다.

불만 사항 및 불만 이의 제기

HomeFirst는 가입자의 우려 사항이나 문제를 가능한 한 빨리 만족스럽게 처리하기 위해 최선을 다할 것입니다. 어떤 종류의 문제인지에 따라 불만 처리 절차 또는 이의 제기 절차를 이용할 수 있습니다.

가입자가 불만 사항이나 이의 제기를 제기한다고 해서 가입자의 서비스나 HomeFirst 직원 또는 의료 서비스 제공자가 가입자를 대하는 방식에는 변화가 없습니다. 저희는 가입자의 개인 정보를 보호할 것입니다. 불만 사항이나 이의를 제기하는 데 필요한 모든 도움을 드릴 것입니다. 여기에는 시력 및/또는 청력 문제가 있는 경우 통역 서비스 또는 도움을 제공하는 것이 포함됩니다. 가입자를 대신하여 행동할 사람(예: 친척, 친구 또는 제공자)을 선택할 수 있습니다.

불만을 제기하려면 HomeFirst 가입자 서비스부 1-877-771-1119 (TTY: 711)번으로 전화하거나 다음 주소로 서신을 보내주십시오.

HomeFirst
Attn: Appeals and Grievances
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

저희에게 연락할 때 이름, 주소, 전화번호 및 문제 세부 정보를 알려야 합니다.

불만 사항이란 무엇인가요?

불만 사항은 가입자가 저희 직원 또는 보장 의료 제공자로부터 받는 진료 및 치료에 대한 불만을 저희에게 전달하는 모든 소통입니다. 예를 들어, 누군가가 가입자에게 무례하거나, 나타나지 않았거나, 가입자가 저희로부터 받은 진료 또는 서비스의 품질이 마음에 들지 않는 경우 저희에게 불만을 제기할 수 있습니다.

불만 제기 절차

가입자는 구두 또는 서면으로 불만을 제기할 수 있습니다. 가입자의 불만 사항을 접수한 사람이 이를 기록하고 적절한 플랜 직원이 불만 사항 검토를 감독합니다. 가입자의 불만 사항을 접수했음을 알리는 서신 및 검토 절차에 대한 설명을 보내드립니다. 저희는 가입자의 불만 사항을 검토하고 다음 두(2) 가지 기간 중 하나 이내에 서면 답변을 제공합니다.

1. 지연으로 인해 가입자의 건강에 대한 위험이 크게 증가하는 경우 필요한 정보를 받은 후 48시간 이내에 결정을 내리지만 불만 사항 접수 후 7일 이내에 절차를 완료해야 합니다.

2. 다른 모든 유형의 불만 사항의 경우 필요한 정보를 받은 후 45일 이내에 결정을 통지할 것이지만, 불만 사항을 접수한 후 60일 이내에 절차를 완료해야 합니다.

저희의 답변은 가입자의 불만 사항을 검토했을 때 발견한 내용과 가입자의 불만 사항에 대한 결정을 설명합니다.

불만 결정에 대해 이의를 제기하려면 어떻게 하나요?

가입자의 불만 사항에 관한 저희의 결정에 만족하지 않는 경우 불만 이의 제기를 제출하여 문제에 대한 이차 검토를 요청할 수 있습니다. 불만 이의 제기는 구두 또는 서면으로 제출해야 합니다. 가입자의 불만 사항에 대한 최초 결정을 받은 후 영업일 기준 60일 이내에 제출해야 합니다. 가입자의 이의 제기가 접수되면, 이에 응답하도록 지정된 담당자의 이름, 주소 및 전화번호를 알려 드리는 서면 확인서를 보내드립니다. 모든 불만 이의 제기는 최초 불만 결정에 관여하지 않은 적절한 전문가가 진행하며, 임상 문제와 관련된 불만의 경우에는 의료 전문가가 포함됩니다.

표준 불만 이의 제기의 경우, 결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 받은 후 영업일 기준 삼십(30)일 이내에 이의 제기 결정을 내립니다. 결정을 늦추면 가입자의 건강에 대한 위험이 크게 증가하는 경우 신속(패스트 트랙) 불만 이의 제기 절차를 사용할 것입니다. 신속(패스트 트랙) 불만 이의 제기의 경우, 필요한 정보를 받은 후 영업일 기준 2일 이내에 이의 제기 결정을 내립니다. 표준 및 신속(패스트 트랙) 불만 이의 제기 모두에 대해 결정을 서면으로 통지합니다. 통지에는 결정에 대한 자세한 이유와, 임상 문제와 관련된 경우 저희 결정의 임상적 근거가 포함됩니다.

가입자 옴부즈맨

독립 소비자 옹호 네트워크(Independent Consumer Advocacy Network, ICAN)라고 불리는 가입자 옴부즈맨은 뉴욕주의 장기 치료 수혜자에게 무료 옴부즈맨 서비스를 제공하는 독립 기관입니다. 보장 범위, 불만 사항 및 이의 제기 옵션에 대한 독립적인 조언을 무료로 받을 수 있습니다. ICAN은 가입자가 이의 제기 절차를 진행하는 데 도움을 줄 수 있습니다. ICAN은 HomeFirst와 같은 MLTC 플랜에 가입하기 전에도 지원을 제공할 수 있습니다. 이 지원에는 편견 없는 건강 플랜 선택 상담 및 일반 플랜 관련 정보가 포함됩니다. 관련 서비스를 더 알아보려면 ICAN에 문의해 주십시오.

- 전화: 1-844-614-8800(TTY 교환 서비스: 711)
- 웹: **icannys.org** | 이메일: ican@cssny.org

플랜 내에서 요구 사항을 해결할 수 없는 경우 언제든지 뉴욕주 보건부에 연락하여 1-866-712-7197로 전화하거나 다음 주소로 서신을 보내 불만을 제기할 수도 있습니다.

NYS Department of Health
Bureau of Managed Long-term Care
Suite 1620, One Commerce Plaza
99 Washington Avenue
Albany, NY 12210

HomeFirst MLTC 플랜 탈퇴

가입자는 다음과 같은 이유로 MLTC 플랜에서 가입이 취소되지 않습니다.

- 보장 의료 서비스의 높은 이용률
- 기존 상태 또는 건강 변화
- 가입자의 특별한 요구로 인한 정신 능력 저하, 비협조적이거나 소란을 일으키는 행동. 단, 그 행동으로 인해 MLTC 자격을 상실하게 되는

경우는 예외입니다.

자발적 탈퇴

어떤 이유로든 언제든지 HomeFirst 탈퇴를 요청할 수 있습니다. 탈퇴를 요청하려면 가입자 서비스부 또는 진료 관리 팀에 1-877-771-1119 (TTY: 711)번으로 전화하거나 저희에게 서신을 보내주십시오. HomeFirst에서 탈퇴하고 싶다고 말하면 담당 진료 관리 팀이 가입자 및 New York Medicaid Choice와 협력하여 장기 치료 서비스를 계속 받기를 원하는 경우 저희 플랜에서 가입자가 선택한 플랜으로 안전하게 전환할 수 있도록 할 것입니다.

플랜은 가입자의 요청에 대한 서면 확인서를 제공합니다. 저희는 가입자가 서명하여 저희에게 다시 보낼 수 있는 자발적 탈퇴 양식을 함께 보내드립니다. 양식을 직접 작성하기를 원하지 않고 구두로 탈퇴를 요청하려는 경우 HomeFirst 담당자가 대신 작성해 드릴 수 있습니다.

작성된 양식은 다음 주소로 제출해야 합니다.

HomeFirst
Attn: Coordinated Care
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

담당 진료 관리 팀은 가입자와 가입자의 결정에 대해 논의하고 탈퇴 후 치료 계획을 세우는 데 도움을 줄 것입니다. HomeFirst 탈퇴가 발효되는 날짜는 eMedNY를 통해 탈퇴가 처리된 달의 다음 달 첫째 날(1일)입니다.

HomeFirst는 가입자의 탈퇴 요청을 LDSS 또는 New York Medicaid Choice에 전달합니다. 또한 HomeFirst로부터 플랜 탈퇴 의사를

확인하는 확인 서신을 받게 됩니다.

탈퇴 날짜는 LDSS 또는 NY Medicaid Choice가 탈퇴를 처리하고 필요한 경우 추가 서비스가 준비된 후 해당 월의 마지막 날입니다. 구두 탈퇴 요청은 서면 요청과 동일한 처리 기간이 소요됩니다. 매월 이십일(20일) 이후에 신청이 제출되면 다음 달 첫째 날(1일)까지 가입이 취소됩니다.

퇴원 계획에 향후 서비스에 대한 요청이 포함된 경우, 가입자의 요청이 승인되면 탈퇴 발효일은 LDSS 또는 New York Medicaid Choice에 의해 결정됩니다.

HomeFirst와 다른 플랜 간에 이전하는 경우 HomeFirst는 해당 월 마지막 날까지 치료를 제공하고 새로운 관리형 장기 치료 플랜은 다음 달 첫째 날(1일)에 치료를 시작합니다.

장기 치료 서비스가 필요하고 HomeFirst를 탈퇴하려면 서비스를 계속 받기 위해 NY Medicaid Choice를 통해 다른 플랜을 선택해야 합니다. 더 이상 HRA 또는 LDSS를 통해 Medicaid 행위별 수가제로 돌아가 서비스를 받을 수 없습니다.

요약하자면, 요청이 접수된 시기에 따라 처리하는 데 최대 6주가 소요될 수 있습니다. 자격이 있는 한 일반 Medicaid로 탈퇴하거나 다른 건강 플랜에 가입할 수 있습니다. 개인 관리와 같은 CBLTSS가 계속 필요한 경우 CBLTSS를 받으려면 다른 MLTC 플랜, Medicaid 관리형 진료 플랜 또는 가정 및 지역사회 기반 면제 프로그램에 가입해야 합니다.

플랜 이전

90일 동안 플랜을 사용해 볼 수 있습니다. 이 기간 동안 언제든지 HomeFirst를 떠나 다른 플랜으로 이전하여 가입할 수 있습니다. 처음 90일 동안 탈퇴하지 않으면 정당한 이유(정당한 사유)가 없는 한 9개월 더

HomeFirst를 유지해야 합니다.

- 가입자가 저희 서비스 지역 밖으로 이사한 경우.
- 가입자, 플랜, 가입자의 카운티 사회복지부 또는 뉴욕주 보건부 모두 HomeFirst를 떠나는 것이 가입자에게 가장 좋다는 데 동의하는 경우.
- 가입자의 현재 가정 간호 제공자가 저희 플랜과 제휴하지 않은 경우.
- 저희가 주와의 계약에 따라 요구되는 대로 가입자에게 서비스를 제공하지 못한 경우

가입자가 자격이 되는 경우, 정당한 사유 없이도 언제든지 Medicaid Advantage Plus(MAP) 또는 고령자 종합 건강관리 프로그램(PACE)과 같은 다른 유형의 관리형 장기 치료 플랜으로 변경할 수 있습니다.

플랜을 변경하려면 New York Medicaid Choice(1-888-401-6582)로 전화하십시오. New York Medicaid Choice 상담사가 건강 플랜 변경을 도와드립니다.

새 플랜에 가입하는 데 2주에서 6주가 걸릴 수 있습니다. New York Medicaid Choice로부터 새 플랜에 가입할 날짜를 알려주는 통지를 받게 됩니다. 그때까지 HomeFirst가 필요한 치료를 제공할 것입니다.

플랜을 이전하는 데 걸리는 시간이 건강에 해로울 수 있으므로 더 빠른 조치를 요청해야 하는 경우 New York Medicaid Choice에 전화하십시오. 또한 New York Medicaid Choice에 HomeFirst 가입에 동의하지 않았다고 말한 경우 더 빠른 조치를 요청할 수 있습니다.

비자발적 탈퇴

비자발적 탈퇴는 HomeFirst에서 시작한 탈퇴입니다.

HomeFirst가 가입자를 비자발적으로 탈퇴시킬 필요가 있다고 판단하는 경우 LDSS 또는 NY Medicaid Choice의 승인을 받아야 합니다. 적격

가입자는 의학적 상태를 이유로 비자발적으로 가입이 취소되지 않습니다. 비자발적으로 탈퇴한 가입자는 개인 간호 및 장기 치료 서비스를 계속 받기 위해 다른 플랜으로 이전해야 할 수도 있습니다. 모든 가입자는 LDSS 또는 HRA로부터 공청회 권리에 대해 통보받게 됩니다.

가입자가 자발적 탈퇴를 요청하지 않는 경우, 저희는 가입자가 아래의 비자발적 탈퇴 사유를 충족한다는 것을 알게 된 날로부터 영업일 기준 5일 이내에 비자발적 탈퇴를 시작해야 합니다.

다음에 해당하는 경우 HomeFirst를 탈퇴해야 합니다.

- 더 이상 Medicaid 혜택을 받을 자격이 없는 경우.
- HomeFirst 서비스 지역 밖으로 영구히 이사하는 경우.
- 연속 30일을 초과하여 서비스 지역을 벗어나 있는 경우.
- 임상적으로 요양원 치료가 필요하지만 Medicaid 프로그램의 시설 입소 자격 규정에 따라 그러한 치료를 받을 자격이 없는 경우.
- 45일 이상 입원하는 경우.
- 정신건강국, 발달장애인국 또는 중독 서비스 지원국의 주거 프로그램에 연속 45일 이상 입소하는 경우.
- 비이중 자격자(Medicaid만 보유)이거나 18세에서 20세 사이의 이중 자격 가입자로서, 보건부가 정한 평가 도구에 따라 더 이상 요양원 수준의 치료 기준을 충족하지 않아 가입 자격이 없어진 경우.
- 120일을 초과하여 CBLTSS에 대한 기능적 또는 임상적 필요가 더 이상 없는 것으로 평가된 경우.
- 사회 데이 케어를 유일한 서비스로 받고 있는 경우.
- 매월 최소 하나 이상의 CBLTSS를 더 이상 필요로 하지 않고 받지도 않는 경우.

- 지역사회에 거주하는 동안 재평가 시점에 CBLTSS에 대한 기능적 또는 임상적 필요가 더 이상 없는 것으로 판정된 경우.
- 수감된 경우.
- 필요한 평가를 완료하는 데 필요한 동의서 또는 정보 공개 동의서를 알면서도 작성.제출하지 않은 경우.
- HomeFirst에 허위 정보를 제공하거나, 그 밖의 방법으로 HomeFirst를 기만하거나, 플랜 가입의 실질적인 사항과 관련하여 부정한 행위를 한 경우.

HomeFirst는 그러한 결정을 내린 평가일로부터 영업일 기준 5일 이내에 LDSS 또는 보건부가 지정한 기관에 평가 결과 및 탈퇴에 관한 권장 사항을 제공할 것입니다.

저희는 다음과 같은 경우 가입자에게 HomeFirst를 떠나도록 요청할 수 있습니다.

- 가입자 또는 가족 구성원 또는 비공식 간병인이 가입자 또는 다른 가입자에게 서비스를 제공하는 HomeFirst의 능력을 심각하게 손상시키는 행위 또는 행동을 하는 경우. HomeFirst는 해당 개인으로 인해 발생한 문제를 해결하기 위해 합당한 노력을 기울이고 이를 문서화해야 합니다. HomeFirst는 가입자의 건강에 부정적인 변화가 있거나 더 많은 서비스가 필요하다는 이유로, 또는 특별한 요구로 인한 정신 능력 저하나 비협조적이거나 소란을 일으키는 행동을 이유로 탈퇴를 요청할 수 없습니다.
- Medicaid 잉여금으로 납부해야 할 금액을 만기일로부터 30일 이내에 HomeFirst에 지불하지 않거나 HomeFirst가 만족할 만한 지불 약정을 하지 않은 경우. 단, 해당 30일 동안 HomeFirst가 해당 금액을 징수하기 위해 합당한 노력을 기울인 경우에 한합니다. Medicaid 잉여금은 HRA 및/또는 LDSS에 의해 결정됩니다.

비자발적으로 탈퇴시키기 전에 HomeFirst는 New York Medicaid Choice(NYMC) 또는 주에서 지정한 기관의 승인을 받게 됩니다. 탈퇴 발효일은 가입 자격이 없어진 달의 다음 달 1일입니다. CBLTSS가 계속 필요한 경우 다른 플랜을 선택해야 하거나 다른 플랜에 자동으로 할당(자동 할당)됩니다.

가입자가 비자발적으로 탈퇴한 경우, HomeFirst는 가입자가 다른 관리형 장기 치료 플랜, Medicaid 관리형 진료 플랜(Medicaid 전용 자격이 있는 경우) 또는 대체 서비스로 이전하도록 지원합니다.

문화 및 언어 역량

HomeFirst는 가입자의 신념을 존중하고 문화적 다양성에 민감합니다. 저희는 가입자의 문화와 문화적 정체성을 존중하고 문화적 격차를 없애기 위해 노력합니다. 저희는 포용적이고 문화적으로 유능한 제공자 네트워크를 유지하고 모든 가입자에게 문화적으로 적절한 방식으로 서비스 제공을 촉진하고 보장합니다. 여기에는 제한된 영어 실력, 다양한 문화 및 민족적 배경, 다양한 신앙 공동체를 가진 사람들이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

가입자의 권리와 책임

HomeFirst는 모든 가입자가 존엄성과 존중을 바탕으로 대우받을 수 있도록 모든 노력을 기울일 것입니다. 가입 시 케어 매니저가 가입자의 권리와 책임을 설명할 것입니다. 통역 서비스가 필요한 경우 케어 매니저가 이를 준비합니다. 저희 직원은 가입자의 권리 행사를 돕기 위해 모든 노력을 기울일 것입니다.

가입자 권리(권리장전)

- 가입자는 의학적으로 필요한 치료를 받을 권리가 있습니다.
- 가입자는 치료 및 서비스를 제때 이용할 권리가 있습니다.
- 가입자는 자신의 의료 기록과 치료를 받는 시점에 대해 개인 정보를 보호받을 권리가 있습니다.
- 가입자는 가입자가 이해하는 방식과 언어로 제시된 이용 가능한 치료 옵션 및 대안에 대한 정보를 얻을 권리가 있습니다.
- 가입자는 가입자가 이해하는 언어로 정보를 얻을 권리가 있습니다. 통역 서비스를 무료로 받을 수 있습니다.
- 가입자는 치료 시작 전에 정보에 입각한 동의를 제공하는 데 필요한 정보를 얻을 권리가 있습니다.
- 가입자는 존중과 존엄성을 바탕으로 대우받을 권리가 있습니다.
- 가입자는 의료 기록의 사본을 받고 기록의 수정 또는 정정을 요청할 권리가 있습니다.
- 가입자는 치료를 거부할 권리를 포함하여 가입자의 건강 관리에 관한 결정에 참여할 권리가 있습니다.
- 가입자는 강압, 징계, 편의 또는 보복의 수단으로 사용되는 모든 형태의 구속 또는 격리로부터 자유로울 권리가 있습니다.
- 가입자는 성별, 피부색, 결혼 여부, 인종, 의학적 상태, 연령, 성 정체성 (트랜스젠더 또는 성별 위화감 진단 상태 포함), 성적 지향, 신념, 종교, 신체적 또는 정신적 장애, 지불원, 질병 또는 상태의 유형, 의료 서비스의 필요성, 출신 지역 또는 건강 플랜이 받게 될 요율에 관계없이 치료를 받을 권리가 있습니다.

- 가입자는 뉴욕주 보건부(64페이지의 연락처 정보 참조), NYC 인적 자원 관리국 또는 지역 사회복지부에 불만을 제기할 권리, 뉴욕주 공청회 시스템을 이용할 권리, 그리고 경우에 따라 NYS 외부 이의 제기를 요청할 권리가 있습니다.
- 가입자는 가입자의 진료 및 치료에 대해 가입자를 대신하여 이야기할 사람을 지정할 권리가 있습니다.
- 가입자는 가입자의 치료에 대한 사전 지시서 및 계획을 세울 권리가 있습니다.
- 가입자는 가입자 옴부즈맨 프로그램에 도움을 요청할 권리가 있습니다.

이러한 권리는 PHL 4408, 10 NYCRR 98 1.14, 42 CFR 438.100 및 NYS PHL 49조에 명시된 요구 사항을 기반으로 합니다.

가입자 옴부즈맨은 뉴욕주의 장기 치료 수혜자에게 무료 옴부즈맨 서비스를 제공하는 독립 조직입니다. 이러한 서비스에는 다음이 포함되지만 반드시 이에 국한되지 않습니다.

- 편견 없는 건강 플랜 선택 상담 및 일반 프로그램 관련 정보와 같은 가입 전 지원 제공
- 가입, 서비스 이용 및 기타 관련 문제에 대한 가입자 불만 사항 및 우려 사항 수집,
- 가입자가 건강 플랜 및 주 차원에서 공청회, 불만 및 이의 제기 권리와 절차를 이해하도록 돕고, 플랜 및 의료 제공자에게 기록을 요청하는 것을 포함하여 필요/요청된 경우 절차를 통해 가입자를 지원합니다.
- 보장 플랜 혜택과 연결될 수 있는 플랜 및 제공자, 지역사회 기반 자원과 지원을 알립니다.

가입자의 책임

모든 건강 관리 플랜의 멤버십과 마찬가지로 HomeFirst에 가입할 때 특정 권리와 책임이 있습니다. 이 핸드북의 71페이지에서 가입자 권리장전의 사본을 찾을 수 있습니다. 가입자에게도 몇 가지 책임이 있습니다. 여기에는 다음과 같은 책임이 포함됩니다.

- HomeFirst 제공자 네트워크에서 모든 보장 서비스를 받습니다.
- 검토 대상 서비스를 받기 전에 HomeFirst의 허가를 받습니다 (47페이지의 **서비스 허가, 조치 및 이의 제기** 섹션 참조).
- 뉴욕주 보건부 또는 뉴욕시 인적 자원 관리국에서 결정한 Medicaid 잉여금을 HomeFirst에 지불합니다.
- 멤버십에 대해 질문이 있거나 도움이 필요할 때마다 1-877-771-1119로 HomeFirst에 전화합니다.
- 서비스 준비를 도와드릴 수 있도록 다른 지역에 갈 계획이 있을 때 HomeFirst에 알립니다.
- 치료 계획을 변경할 필요가 있다고 생각될 때 HomeFirst에 알립니다.

저희는 HomeFirst가 최상의 관리형 장기 치료 플랜이 되기를 바랍니다. 이 목표를 달성하기 위해 간단한 설문조사를 보내거나 전화를 걸어 HomeFirst가 제공하는 서비스 및 치료에 대해 어떻게 생각하는지 여쭤볼 수 있습니다.

뉴욕주 Medicaid가 HomeFirst를 지불하기 때문에 뉴욕주 보건부도 HomeFirst와 저희 서비스를 평가하여 가입자의 요구를 얼마나 잘 충족시키고 있는지 확인할 것입니다. 저희는 가입자가 조직의 정책 개발에 참여하시기를 권장합니다. 서비스 개선을 위한 제안 사항이

있다고 생각되면 언제든지 1-877-771-1119(TTY: 711)번으로 전화하거나 다음 주소로 서신을 보내주십시오.

HomeFirst
Attn: Member Services
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

저희는 가입자의 의견을 소중히 여기며 어떤 의견이라도 보내주시면 감사하겠습니다.

사전 지시서

가입자는 스스로 건강 관리 결정을 내릴 권리가 있습니다. 때로는 심각한 사고나 질병으로 인해 불가능할 수도 있습니다. 중요한 건강 관리 결정을 스스로 내릴 수 없는 상황에 대비할 수 있습니다.

사전 지시서는 가입자가 스스로 결정을 내릴 수 없는 경우 가입자의 요청이 이행되도록 보장하는 법적 문서입니다. 이러한 문서는 특정 상황에서 가입자가 어떤 치료를 받기를 원하는지 지시할 수 있으며/또는 특정 가족이나 친구가 가입자를 대신하여 결정을 내릴 수 있는 권한을 부여할 수 있습니다.

사전 지시서에는 다양한 유형이 있습니다.

- 생전 유언
- 위임장
- 의료에 관한 지속적 위임장
- 의료 대리인
- 소생술 금지 명령
- 생명 유지 치료를 위한 의료 명령(MOLST)

사전 지시서를 작성할지 여부와 어떤 유형의 사전 지시서가 가입자에게 가장 적합한지 여부는 가입자의 선택입니다. 법은 사전 지시서가 있는지 여부에 따라 의료 분야에서 가입자에 대한 차별을 금지합니다.

사전 지시서에 대한 자세한 내용은 일차 진료 제공자, 가입 시 가입 담당자 및/또는 진료 관리 팀에 문의하십시오. HomeFirst는 사전 지시서에 대한 서면 정보를 제공합니다. 사전 지시서를 작성하려는 경우 양식을 사용할 수 있습니다. HomeFirst 직원은 사전 지시서에 관한 질문에 답변해 드릴 수도 있습니다. 이미 사전 지시서가 있는 경우 사본을 케어 매니저와 공유하십시오.

HomeFirst 자금 조달 및 지불

가입하면 HomeFirst는 18페이지에 나열된 모든 보장 서비스를 제공하기 위해 Medicaid로부터 단일 월 지불금을 받습니다. 보험료, 자기부담금 또는 공제액은 가입자에게 청구되지 않습니다.

HomeFirst의 네트워크 제공자 지불

모든 네트워크 제공자는 HomeFirst와 계약을 맺고 있으며 제공하는 보장 서비스에 대해 HomeFirst로부터 비용을 지급받습니다. HomeFirst는 또한 가입자에게 치과, 안과, 청각 등의 서비스를 제공하는 위탁 공급업체와 계약을 맺고 있습니다. HomeFirst의 의료 제공자는 가입자에게 자기부담금을 청구해서는 안 됩니다. 의료 제공자로부터 직접 청구서를 받은 경우 청구서를 지불하지 말고 월요일부터 금요일까지 오전 8시 30분부터 오후 5시까지 가입자 서비스부에 1-877-771-1119(TTY: 711)로 전화하시면 상황을 해결해 드립니다.

잉여(Medicaid 잉여/스펜드다운 또는 NAMI)

"스펜드다운" 또는 순 가용 월 소득(NAMI)이라고도 하는 잉여 금액은 LDSS, NYC HRA 또는 보건부에서 지정한 기관이 개인이 Medicaid 보장을 계속하기 위해 Medicaid 재정 자격 요건을 충족하도록 매월 지불해야 한다고 결정할 수 있는 소득 금액을 말합니다. LDSS, HRA 또는 보건부에서 지정한 기관에서 가입자가 월별 잉여금 의무가 있다고 판단하는 경우, HomeFirst는 결정된 잉여 비용을 청구해야 합니다.

HomeFirst는 가입자의 잉여 의무 금액이 변경되는 경우 LDSS, HRA 또는 보건부가 지정한 기관에서 통보받아 그에 따라 조정할 수 있습니다. 필요한 경우 진료 관리 팀이 이 절차에 대해 자세히 논의할 수 있습니다.

미납으로 인한 해지

HomeFirst는 가입자가 Medicaid 잉여금으로 납부해야 할 금액을 만기일로부터 30일 이내에 지불하지 않는 경우 비자발적 탈퇴를 시작할 수 있습니다. HomeFirst는 서면 지불 요구와 향후 탈퇴 가능성에 대한 안내를 포함하여 잉여금을 징수하기 위해 합당한 노력을 기울일 것입니다. "비자발적 탈퇴"에 대한 전체 설명은 67페이지를 참조하십시오.

요청 시 사용 가능한 정보

다음 정보 중 하나라도 원하시면 가입자 또는 가입자가 지정한 대리인이 다음 주소로 편지를 보낼 수 있습니다.

HomeFirst
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

요청하는 문서를 표시하기만 하면 영업일 기준 10일 이내에 우편으로 보내드립니다. 정보에는 다음 내용이 포함됩니다.

- HomeFirst의 이사회 구성원, 임원, 지배주주 및 소유자 또는 파트너의 이름, 직장 주소 및 공식 직위 목록.
- 가입자의 의료 기록 및 기타 정보의 기밀을 보호하기 위한 정책 및 절차.
- HomeFirst의 품질 보증 계획에 대한 서면 설명.
- 가입자 또는 잠재적 가입자가 보장 서비스를 평가하는 데 도움을 주기 위한 목적으로 특정 질병 또는 상태에 대한 서비스 허가에 관한 정보.
- HomeFirst의 심사를 받으려는 의료 서비스 제공자를 위한 서면 신청 절차 및 최소 자격 요건.
- HomeFirst의 구조 및 운영에 대한 정보.
- 공인회계사(CPA)가 작성한 대차대조표 및 수입·지출 요약을 포함한 HomeFirst의 가장 최근 연간 인증 재무제표 사본.

전자 통지

HomeFirst와 저희 공급업체는 우편 대신 전자적으로 서비스 허가, 플랜 이의 제기, 불만 및 불만 이의 제기에 대한 통지를 보낼 수 있습니다. 또한 가입자 핸드북, 의료 제공자 명부, Medicaid 관리형 진료 혜택 변경에 대한 안내도 우편 대신 전자적으로 보낼 수 있습니다.

전자 통지를 선택하면 가입자 웹 포털에서 통지를 확인할 수 있습니다. 웹 포털에 통지가 게시되면 이메일 및/또는 문자로 안내받도록 선택할 수 있습니다. 표준 문자 메시지 및 데이터 요금이 적용될 수 있습니다. 이러한 통지를 전자적으로 받고 싶으시면 반드시 저희에게 요청하셔야 합니다.

전자 통지를 요청하려면 전화, 온라인 또는 우편으로 연락해 주십시오.

전화 1-877-771-1119

온라인 notices.homefirst.org

우편 HomeFirst c/o Command Direct
PO Box 18023
Hauppauge, NY 11788

저희에게 연락하실 때 다음 사항을 알려주십시오.

- 일반적으로 우편으로 전송되는 통지를 받는 방법,
- 일반적으로 전화 통화로 이루어지는 통지를 받는 방법, 그리고
- 연락처 정보(휴대폰 번호, 이메일 주소, 팩스 번호 등)를 알려주십시오.

HomeFirst 개인 정보 보호 관행에 대한 통지

발효일: 9/1/2020

이 통지는 가입자에 대한 건강 정보가 사용 및 공개되는 방법과 가입자가 이 정보에 액세스할 수 있는 방법을 설명합니다. 주의 깊게 검토하십시오.

이 통지는 HomeFirst(이하 "플랜"), 직원, 의료진 및 기타 의료 전문가의 개인 정보 보호 관행을 요약한 것입니다. 저희는 플랜의 관리 활동을 포함하여 본 통지에 설명된 목적을 위해 가입자에 대한 보호 대상 건강 정보("PHI" 또는 "건강 정보")를 서로 공유할 수 있습니다.

이 플랜은 가입자 PHI를 보호하기 위해 최선을 다하고 있습니다. PHI는 다음과 같은 정보입니다. (1) 가입자를 식별하는 정보(또는 가입자를 식별하는 데 합리적으로 사용될 수 있는 정보), 그리고 (2) 가입자의 신체적 또는 정신적 건강이나 상태, 가입자에 대한 의료 서비스 제공 또는 그 치료비 지불과 관련된 정보입니다.

저희의 의무

- 저희는 법에 따라 가입자 PHI의 비밀과 보안을 유지해야 합니다.
- 가입자 정보의 비밀이나 보안을 침해할 수 있는 위반이 발생하는 경우 즉시 알려드립니다.
- 저희는 이 통지에 설명된 의무 및 개인 정보 보호 관행을 준수하고 그 사본을 제공해야 합니다.
- 저희는 가입자가 서면으로 동의하지 않는 한 여기에 설명된 방식 이외의 목적으로 가입자의 정보를 사용하거나 공유하지 않습니다. 동의하신 경우에도 언제든지 그 결정을 바꾸실 수 있습니다. 마음이 바뀌면 서면으로 알려주십시오.

건강 정보를 사용하고 공개하는 방법

다음 범주는 저희가 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있는 다양한 방법을 설명합니다. 각 범주에서 허용되는 모든 사용 또는 공개가 아래에 나열되어 있는 것은 아니지만, 각 범주는 법률에서 허용하는 사용 및 공개의 예를 보여 줍니다.

지불. 저희는 가입자 또는 담당 의사, 병원 및 기타 의료 서비스 제공자가 가입자에게 제공된 서비스에 대해 저희에게 제출한 청구를 처리하고 지불하기 위해 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다. 예를 들어, 기타 지불 목적에는 혜택 자격을 결정하기 위한 건강 정보 사용, 혜택 조정, 보험료 징수 및 의학적 필요성이 포함될 수 있습니다. 또한 저희는 지불 목적 또는 의료 사기 및 남용을 탐지 또는 예방하기 위해 가입자에게 보장을 제공하거나 제공한 다른 건강 플랜과 가입자의 정보를 공유할 수 있습니다.

의료 운영. 저희는 플랜 운영과 관련된 행정 활동인 의료 운영을 위해 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다. 예를 들어, 저희는 건강 정보를 사용하여 가입자의 건강 보험 제공 및 관리 또는 불만 해결과 관련된 비즈니스 활동을 운영 및 관리할 수 있습니다.

치료. 저희는 가입자의 의료 서비스 제공자(약국, 의사, 병원 등)가 가입자에게 치료를 제공할 수 있도록 가입자의 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 예를 들어, 가입자가 병원에 있는 경우 담당 의사가 저희에게 보낸 정보를 공개할 수 있습니다.

약속 알림, 치료 대안, 건강 관련 혜택 및 서비스. 저희는 가입자가 저희 또는 담당 의료 서비스 제공자와 약속.방문이 있음을 알려드리기 위해 가입자에게 연락하는 데 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다. 또한 저희는 가입자가 관심을 가질 만한 치료 옵션, 대안, 건강 관련 혜택 또는 서비스를 알려드리기 위해 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다.

저희에게 특정 정보를 제공함으로써 가입자는 플랜 및 그 비즈니스 제휴사가 특정 정보(예: 가입자의 집/직장/휴대폰 번호 및 이메일)를 사용하여 후속 약속, 미지급 금액 징수 및 기타 운영 문제와 같은 다양한 문제에 대해 가입자에게 연락할 수 있다는 데 명시적으로 동의합니다. 가입자는 가입자가 제공한 정보와 사전 녹음된/인공 음성 메시지 및 자동/예측 다이얼링 시스템을 사용하여 연락을 받을 수 있다는 데 동의합니다.

가입자의 치료 또는 치료 비용에 대한 지불에 관여하는 개인. 저희는 가입자의 의료에 관여하거나 가입자의 치료 비용을 지불하는 데 도움을 주는 가족이나 친구와 같은 사람에게 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 또한 저희는 그러한 개인에게 가입자의 위치 또는 일반적인 상태를 알리거나 재난 구호 활동을 지원하는 기관에 그러한 정보를 공개할 수 있습니다. 이러한 경우, 저희는 그 사람이 가입자의 건강 관리 또는 그 비용 지불에 관여하는 부분과 직접 관련된 건강 정보만 공유합니다.

개인 대리인. 저희는 가입자의 건강 정보를 가입자의 개인 대리인(있는 경우)에게 공개할 수 있습니다. 개인 대리인은 가입자의 건강 관리 또는 치료 지불과 관련된 결정을 내릴 때 가입자를 대신하여 행동할 법적 권한이 있습니다. 예를 들어, 저희는 가입자의 건강 정보를 지속적 위임장을 가진 대리인 또는 법정 후견인에게 공개할 수 있습니다.

연구. 특정 상황에서 연구를 수행하는 조직으로서 저희는 연구 목적으로 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다. 예를 들어, 연구 프로젝트에는 한 가지 약물이나 치료를 받은 모든 가입자와 동일한 상태로 다른 약물 또는 치료를 받은 가입자의 건강과 회복을 비교하는 것이 포함될 수 있습니다. 연구를 위해 건강 정보를 사용하거나 공개하기 전에 프로젝트는 특별 승인 절차를 거칩니다. 이 과정은 제안된 연구 프로젝트와 건강 정보의 사용을 평가하여 연구의 이점과 건강 정보 보호의 필요성 사이의 균형을 맞춥니다. 또한 연구자가 연구 프로젝트에

포함될 수 있는 가입자를 식별하거나 기타 유사한 목적을 위해 기록을 열람하도록 허용할 수 있습니다.

모금 활동. 저희는 플랜 및 공동 기금 모금 프로젝트를 수행하고 있는 기타 비영리 단체를 지원하기 위한 기금을 모으기 위해 가입자에게 연락할 때 가입자의 인구통계학적 정보(예: 이름, 주소, 전화번호 및 기타 연락처 정보), 가입자에게 제공된 건강 관리 날짜, 가입자의 건강 관리 상태, 가입자에게 서비스를 제공한 부서 및 의사, 가입자의 치료 결과 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다. 저희는 가입자의 건강 정보를 관련 재단 또는 비즈니스 제휴사에 공개하여 그들이 저희를 위한 기금 모금을 위해 가입자에게 연락할 수 있도록 할 수도 있습니다. 저희가 모금 목적으로 가입자의 건강 정보를 사용하거나 공개하는 경우, 가입자는 추가 모금 안내 수신을 거부할 수 있는 권리를 안내받게 됩니다.

특별 상황

위의 내용 외에도 저희는 다음과 같은 특별한 상황에서 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다. 저희는 이러한 목적으로 가입자의 정보를 공유하기 전에 법률이 정한 여러 조건을 충족해야 합니다. 자세한 내용은 다음을 참조하십시오.
hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

법률에서 요구하는 경우. 저희는 국제, 연방, 주 또는 지역 법률에 따라 요구되는 경우 건강 정보를 공개합니다.

건강이나 안전에 대한 심각한 위협을 피하기 위해. 저희는 가입자의 건강이나 안전, 또는 대중이나 다른 사람의 건강이나 안전에 대한 심각한 위협을 예방하거나 줄이기 위해 필요한 경우 건강 정보를 사용하고 공개할 수 있습니다. 그러나 모든 공개는 위협을 방지하는 데 도움이 될 수 있다고 생각되는 사람에게 이루어집니다.

비즈니스 제휴사. 저희를 대신하여 서비스를 제공하도록 고용한 비즈니스 제휴사에 해당 서비스를 위해 정보가 필요한 경우 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 예를 들어, 청구 서비스를 저희 대신 수행하도록 다른 회사를 이용할 수 있습니다. 저희 비즈니스 제휴사는 저희와의 계약에 따라 가입자 정보의 비밀을 보호할 의무가 있으며, 해당 계약에 명시된 것 이외의 목적으로 정보를 사용하거나 공개할 수 없습니다.

장기 및 조직 기증. 가입자가 장기 기증자인 경우, 저희는 장기 또는 조직 기증 및 이식을 용이하게 하기 위해 필요한 경우 장기 조달 또는 장기, 눈 또는 조직 이식을 처리하는 조직 또는 장기 기증 은행에 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

군인 및 재향군인. 가입자가 군대의 일원인 경우 군 지휘 당국의 요구에 따라 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 또한 가입자가 외국 군대의 일원인 경우 해당 외국 군사 당국에 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

산재보험. 저희는 산재보험 또는 유사 프로그램과 관련된 법률을 준수하는 데 필요한 범위 내에서 승인된 대로 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 이 프로그램은 업무 관련 부상이나 질병에 대한 혜택을 제공합니다.

공중 보건 위험.저희는 공중 보건 활동을 위해 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 이러한 활동에는 일반적으로 질병, 부상 또는 장애를 예방하거나 통제하기 위한 공개, 출생 및 사망 보고, 아동 학대 또는 방치 신고, 약물 반응이나 제품 문제 보고, 사용 중인 제품의 리콜 안내, 특정 제품의 추적 및 사용.효과 모니터링, 법률에서 승인한 경우 질병에 노출되었거나 질병에 걸리거나 이를 퍼뜨릴 위험이 있는 사람에 대한 통지, 그리고 직장 내 질병 또는 부상과 관련된 특정 제한된 상황에서 저희 시설에 대한 의료 감시 수행이 포함됩니다. 또한 폭력이 있는 경우

적절한 정부 기관에 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 그러나 가입자가 동의하거나 법률에 의해 요구되거나 승인된 경우에만 이 정보를 공개합니다.

건강 감독 활동. 저희는 법률에서 승인한 활동을 위해 보건 감독 기관에 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 이러한 감독 활동에는 예를 들어 저희 시설 및 제공자에 대한 감사, 조사, 검사 및 면허 부여가 포함됩니다. 이러한 활동은 정부가 의료 시스템, 정부 프로그램 및 민권법 준수를 모니터링하는 데 필요합니다.

소송 및 법적 조치. 저희는 법원 또는 행정 명령에 대한 응답으로 또는 법적 조치에 연루된 다른 사람의 소환장, 증거 개시 요청 또는 기타 합법적인 절차에 대한 응답으로 건강 정보를 공개할 수 있지만, 요청에 대해 가입자에게 알리거나 요청된 정보를 보호하는 명령을 받기 위해 노력한 경우에만 가능합니다.

법 집행 기관. 저희는 다음과 같이 법 집행 공무원의 요청이 있는 경우 건강 정보를 공개할 수 있습니다. (1) 법원 명령, 소환장, 영장, 호출장 또는 이와 유사한 절차에 대한 응답, (2) 용의자, 도망자, 중요한 증인 또는 실종자를 식별하거나 찾기 위한 제한된 정보, (3) 특정 제한된 상황에서 저희가 그 사람의 동의를 얻을 수 없는 경우 범죄 피해자에 대해, (4) 범죄 행위의 결과일 수 있다고 생각되는 사망에 대해, (5) 저희 구내에서 범죄 행위의 증거에 대해, (6) 긴급 상황에서 범죄를 신고하는 경우, 범죄 또는 피해자의 위치 또는 범죄를 저지른 사람의 신원, 설명 또는 위치.

검시관, 법의관 및 장례지도사. 저희는 검시관 또는 법의관에게 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 예를 들어 사망 원인을 결정하기 위해 어떤 상황에서는 이것이 필요할 수 있습니다. 또한 장례지도사의 업무에 필요한 경우 장례지도사에게 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

국가 안보 및 정보 활동. 저희는 정보, 방첩 및 법에서 승인한 기타 국가 안보 활동을 위해 승인된 연방 공무원에게 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

대통령과 다른 사람들을 위한 보호 서비스. 저희는 대통령, 기타 권한이 있는 사람 또는 외국 국가 원수를 보호하거나 특별 조사를 수행할 수 있도록 승인된 연방 공무원에게 건강 정보를 공개할 수 있습니다.

수감자 또는 구금된 개인. 교정 시설의 수감자 또는 법 집행 공무원의 구금 하에 있는 개인의 경우, 저희는 해당 교정 시설 또는 법 집행 공무원에게 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 이 공개는 (1) 기관이 가입자에게 의료 서비스를 제공하기 위해 필요한 경우, (2) 가입자의 건강과 안전 또는 타인의 건강과 안전을 보호하기 위해, 또는 (3) 교정 기관의 안전과 보안을 위해서만 이루어집니다.

사용 및 공개에 대한 추가 제한: 알코올 및 약물 남용, 정신 건강 치료, 유전 정보, HIV 관련 기밀 정보 등을 포함하되 이에 국한되지 않는 일부 건강 정보는 공개 전에 서면 허가가 필요하며, 뉴욕주 법률 또는 기타 연방법에 따라 별도의 특별한 개인 정보 보호를 받으므로 이 통지의 일부가 적용되지 않을 수 있습니다.

유전 정보의 경우, 저희는 가입자의 유전 정보를 보험 인수 목적으로 사용하거나 공유하지 않습니다.

본 통지에서 위에 설명한 건강 정보의 사용 또는 공유가 저희에게 적용되는 다른 법률에 의해 금지되거나 제한되는 경우, 저희의 정책은 보다 엄격한 법률의 요구 사항을 충족하는 것입니다.

서면 허가가 필요한 사용 및 공개

앞서 설명한 것 이외의 상황에서는 가입자에 대한 개인 정보를 사용하거나 공개하기 전에 가입자의 서면 허가를 요청할 것입니다. 예를 들어, 다음의 경우에는 가입자의 허가를 받습니다.

1) 가입자의 혜택 플랜과 관련이 없는 마케팅 목적을 위해,
2) 심리치료 노트를 공개하기 전에,
3) 가입자의 건강 정보 판매와 관련된 경우, 그리고
4) 법에서 요구하는 기타 사유. 예를 들어, 주법에 따라 HIV/AIDS, 약물 남용 또는 정신 건강 정보와 관련된 정보를 사용하거나 공개하기 전에 가입자의 서면 허가를 요청해야 합니다.

가입자는 저희가 가입자의 허가에 의존하여 조치를 취한 경우와 같은 제한된 상황을 제외하고 그러한 허가를 취소할 권리가 있습니다.

가입자의 권리

가입자는 저희가 가입자에 대해 유지하는 건강 정보와 관련하여 특정 제한 사항에 따라 다음과 같은 권리를 가지며, 모든 요청은 서면으로 이루어져야 합니다.

제한을 요청할 권리. 가입자는 저희가 치료, 지불 또는 의료 운영을 위해 사용하거나 공개하는 건강 정보에 대한 제한 또는 제약을 요청할 권리가 있습니다. 가입자는 가족이나 친구와 같이 가입자의 치료 또는 치료비 지불에 관여하는 사람에게 저희가 공개하는 가입자의 건강 정보를 제한하도록 요청할 권리가 있습니다. 저희는 가입자의 요청에 동의할 필요가 없으며 가입자의 치료에 영향을 미칠 경우 "거부"할 수 있습니다. 가입자의 요청에 동의하는 경우, 저희는 특정 응급 진료 상황에서 정보를 사용해야 하는 경우가 아닌 한 가입자의 요청을 준수합니다.

기밀 통신을 요청할 권리. 건강 정보의 전부 또는 일부가 공개되면 자신이 위험해질 수 있다고 분명히 진술하는 경우, 가입자는 저희의 일반적인 통신 수단이 아닌 특정 방식 또는 특정 장소로 연락해 달라고 요청할 권리가 있습니다. 예를 들어, 집 주소가 아닌 사서함으로만 우편물을 보내 연락을 요청하거나 다른 전화번호로 전화를 받을 수 있습니다. 가입자의 요청은 서면으로 작성되어야 하며 연락 방법 또는 장소를 명시해야 합니다.

열람하고 사본을 받을 권리. 가입자는 전자 건강 기록에 보관된 정보를 포함하여 가입자의 가입, 치료 또는 치료비 지불에 대한 결정을 내리는 데 사용되는 저희 기록에 있는 가입자의 건강 정보를 열람하고 그 사본을 받을 권리가 있습니다. 이러한 기록의 사본을 검토하거나 받으려면 서면으로 요청해야 합니다. 저희는 기록을 복사하고 우편으로 발송하는 비용에 대해 합리적인 수수료를 청구할 수 있습니다. 저희는 특정 정보에 대한 가입자의 액세스를 거부할 수 있습니다. 거부하는 경우 그 이유를 서면으로 알려드립니다. 또한 결정에 대해 이의를 제기할 수 있는 방법에 대해서도 설명합니다.

기록의 종이 또는 전자 사본에 대해 요금이 부과될 수 있습니다.

수정할 권리. 저희가 보유하고 있는 건강 정보가 부정확하거나 불완전하다고 생각되면 정보 수정을 요청할 수 있습니다. 가입자는 정보가 저희에 의해 또는 저희를 위해 유지되는 한 수정을 요청할 권리가 있습니다. 요청 이유를 알려야 합니다.

저희는 가입자의 기록 수정 요청을 거부할 수 있습니다. 가입자의 요청이 서면으로 작성되지 않았거나 요청을 뒷받침할 이유가 포함되어 있지 않은 경우 거부할 수 있습니다. 또한 다음과 같은 정보를 수정해 달라고 요청하는 경우 가입자의 요청을 거부할 수 있습니다.

- 저희가 작성하지 않은 정보
- 가입자에 대한 결정을 내리는 데 사용되는 기록의 일부가 아닌 정보
- 가입자가 열람하고 사본을 받을 수 있도록
- 허용된 정보의 일부가 아닌 정보, 또는
- 정확하고 완전한 정보.

공개 내역을 요청할 권리. 가입자는 저희가 육년(6년) 동안 수행한 특정 건강 정보 공개에 대한 내역을 요청할 권리가 있습니다. 이 내역에는 치료, 지불, 의료 운영을 위한 공개, 가입자 본인에게 한 공개, 허가에 따른 공개, 그리고 이 통지에 설명된 "특별 상황"에 따른 공개를 제외한 나머지 공개만 포함됩니다. 가입자는 공개 내역을 1회 무료로 받을 수 있습니다. 십이 개월(12개월) 이내의 후속 요청에는 수수료가 부과될 수 있습니다.

이 통지의 종이 사본에 대한 권리. 가입자는 이 통지의 종이 사본을 받을 권리가 있습니다. 가입자는 언제든지 이 통지의 사본을 제공해 달라고 요청할 수 있습니다. 이 통지를 전자적으로 받는 데 동의했더라도 이 통지의 종이 사본을 받을 수 있습니다. 가입자는 플랜 웹사이트 **elderplan.org/**에서 언제든지 이 통지의 사본을 구할 수 있습니다.

가입자의 권리를 행사하는 방법

이 통지의 종이 사본을 얻는 것 외에 이 통지에 설명된 가입자의 권리를 행사하려면 플랜에 연락해야 합니다.

HomeFirst
Attn: Regulatory Compliance
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041
1-800-353-3765 (TTY: 711)

위반 통지

저희는 법률에서 요구하는 대로 가입자의 건강 정보를 비공개로 안전하게 유지합니다. 가입자의 건강 정보에 대한 위반(법률에 정의된 대로)이 있는 경우, 저희는 법 집행 기관에서 통지 지연을 요청하지 않는 한 위반 발견 후 60일 이내에 가입자에게 통지할 것입니다.

전자 건강 정보 교환

플랜은 다른 의료 서비스 제공자, 건강 정보 교환 네트워크 및 건강 플랜과 건강 정보를 전자적으로 교환하는 다양한 시스템에 참여할 수 있습니다. 플랜에서 관리하는 가입자의 건강 정보는 치료, 지불 또는 의료 운영을 목적으로 다른 제공자, 건강 정보 교환 네트워크 및 건강 플랜에서 액세스할 수 있습니다. 또한 플랜은 치료, 지불 또는 의료

운영 목적으로 다른 제공자, 건강 정보 교환 네트워크 및 건강 플랜이 관리하는 가입자의 건강 정보에 액세스할 수 있지만 가입자의 동의가 있는 경우에만 가능합니다.

이 통지의 변경 사항

저희는 이 통지의 내용을 변경하고 개정 또는 변경된 통지를 저희가 이미 보유하고 있는 건강 정보 및 향후 수신하는 모든 정보에 대해 효력을 발휘할 수 있는 권리를 보유합니다. 새로운 통지는 요청 시 제공되고 저희 웹사이트에도 게시되며, 사본을 우편으로 보내드립니다. 통지에는 첫 페이지 왼쪽 상단에 발효일이 표시됩니다.

불만 사항 및 질문

가입자의 개인 정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되면 저희에게 불만을 제기할 수 있습니다. 저희에게 불만을 제기하려면 아래 나열된 주소로 개인 정보 보호 사무소에 문의하십시오. 모든 불만 사항은 서면으로 이루어져야 합니다.

HomeFirst
Attn: Regulatory Compliance
55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

또한 다음을 통해 미국 보건복지부 민권 담당국에 불만을 제기할 수

있습니다.

- 다음 주소로 서신 발송
  200 Independence Avenue, S.W.
  Washington, D.C. 20201
- 전화 1-877-696-6775 또는
- **hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/** 방문.

가입자가 불만을 제기할 권리를 행사하는 경우 저희는 가입자에게 보복하지 않습니다. 이 통지에 대해 질문이 있는 경우 1-855-395-9169(TTY: 711)번으로 문의하십시오.

비차별에 대한 고지

Elderplan/HomeFirst는 연방 민권법을 준수합니다. **Elderplan/HomeFirst**는 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별(45 CFR § 92.101(a)(2)에 정의된 바에 따름)을 이유로 사람을 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Elderplan/HomeFirst는 다음을 제공합니다.

- 장애인이 저희와 의사소통할 수 있도록 돕는 다음과 같은 무료 지원 및 서비스:
  - 자격이 되는 수화 통역사
  - 다른 형식의 서면 정보(큰 활자, 오디오, 액세스 가능 전자 형식, 기타 형식)
- 영어가 모국어가 아닌 사람들을 위한 다음과 같은 무료 언어 서비스:
  - 자격이 되는 통역사
  - 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요하시면 **Elderplan/HomeFirst**에 1-877-771-1119번으로 연락해 주십시오. TTY/TDD 서비스는 711로 전화하십시오.

Elderplan/HomeFirst가 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 가입자를 다르게 대우했다고 생각되는 경우, 다음의 방법으로 저희 민권 담당자에게 불만을 제기할 수 있습니다.

- 우편: 55 Water Street, 46th Floor, New York, NY 10041
- 전화: 1-877-326-9978(TTY/TDD 서비스는 711로 전화)
- 팩스: 1-718-758-3643
- 직접 방문: 55 Water Street, 46th Floor, New York, NY 10041
- 이메일: COMPLIANCEDEPT@MJHS.ORG

또한 미국 보건복지부민권 담당국에 다음의 방법으로 민권 불만을 제기할 수도 있습니다.

- 웹: 민권 담당국 불만 접수 포털
  ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
- 우편: U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
  Washington, DC 20201
- 전화: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

불만 제기 양식은 **hhs.gov/ocr/office/file/index.html**에서 구할 수 있습니다.

이 고지는 Elderplan/HomeFirst 웹사이트에서 확인할 수 있습니다.
elderplan.org/disclaimers/notice-of-nondiscrimination/

LANGUAGE ASSISTANCE

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 1-877-771-1119 (TTY:711).	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 1-877-771-1119 (TTY:711).	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 1-877-771-1119 (TTY:711)。	Chinese
ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم 1-877-771-1119 (TTY:711).	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-771-1119 (TTY:711) 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру 1-877-771-1119 (TTY:711).	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il 1-877-771-1119 (TTY:711).	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le 1-877-771-1119 (TTY:711).	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-771-1119 (TTY:711).	French Creole
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועילעבל פאר אייך אומזיסט. רופט 1-877-771-1119 (TTY:711) .	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 1-877-771-1119 (TTY:711).	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 1-877-771-1119 (TTY:711).	Tagalog
মনোযোগ নামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-877-771-1119 (TTY:711)-এ ফোন করুন।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 1-877-771-1119 (TTY:711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 1-877-771-1119 (TTY:711).	Greek
توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-877-771-1119 (TTY:711)۔	Urdu

elderplan homefirst®
MJHS 보건 시스템 참여 기관

55 Water Street, 46th Floor
New York, NY 10041

1-877-771-1119

월요일 ~ 금요일
오전 8:30 ~ 오후 5:00

www.homefirst.org