

RiverSpring at Home

MANAGED LONG TERM CARE 프로그램 회원 핸드북

© 2010 ElderServe Health, Inc.
All Rights Reserved
2019 년판

RiverSpring at Home
전화번호: 1 (800) 370-3600

80 West 225th Street, Bronx, New York 10463 (주 사무소)
1630 East 15th Street, Suite 206, Brooklyn, New York 11229
80-02 Kew Gardens Road, Suite 403, Kew Gardens, New York 11415

목차

유용한 정보.....	4
1. 환영합니다.....	5
2. 가입 혜택.....	6
PERSON CENTERED SERVICE PLAN(또는 PLAN OF CARE).....	6
주치의와 협력하여 치료 조정.....	6
귀하에게 NURSE CARE MANAGER 가 배정될 것입니다.....	7
3. 보장 및 미보장 서비스.....	7
사전 승인이 필요하지 않은 서비스.....	9
너싱홈 치료.....	9
4. 가입 방법.....	10
등록 자격.....	10
등록에서 배제된 모집단.....	11
등록 거부.....	12
신규 회원 처리 절차 및 평가.....	12
등록 계약서.....	12
등록 발효일.....	13
5. 서비스 허가.....	13
6. 서비스 제공자 선택.....	13
7. 서비스 접근.....	14
보장 서비스에 대한 귀하의 PLAN OF CARE 변경 요청 방법.....	14
긴급 진료.....	14
응급 진료.....	15
운영 시간 외 지원.....	15
PLAN OF CARE 불포함 보장 서비스.....	15
서비스 지역 외 서비스.....	15
추가 정보.....	16
8. 보장 중단.....	16
자발적 탈퇴.....	16
비자발적 탈퇴.....	17
9. MEDICAID 지출.....	17
10. 권리 및 책임.....	18
11. 회원 불만 처리 및 이의 신청 절차.....	19
불만이란 무엇인가요?.....	19

불만 처리 절차.....	20
불만 사항 결정에 내가 어떻게 이의 신청하나요?	20
조치란 무엇인가요?	20
조치 통지 시기	21
조치 통지 내용	21
조치에 대한 이의 신청은 어떻게 접수해야 하나요?.....	21
이의 신청을 하려면 내 플랜에 어떻게 연락해야 하나요?	21
이의 신청 과정 중에 서비스를 계속하여 요청할 수 있는 일부 조치의 경우.....	22
조치에 대한 나의 이의 신청을 플랜에서 결정하는 데 얼마나 오래 걸리나요?.....	22
신속 이의 신청 절차.....	23
플랜이 내 이의 신청을 거부하면 나는 어떻게 해야 하나요?	23
주 FAIR HEARINGS	23
주 외부 이의 신청	25
서비스 승인 및 조치 요건	25
12. 사전의료의향서 관련 중요 정보.....	29
13. 정의.....	29

유용한 정보

문의사항이 있거나 도움이 필요하시면, 언제든지 전화 또는 서신을 통해 알려주십시오.

RiverSpring at Home
80 West 225th Street, Bronx, N.Y. 10463
전화번호: 1 (800) 370-3600
TTY/TDD 릴레이: 711

추천, 담당 의사 변경에 관한 도움이 필요하시거나, ID 카드를 분실했거나, 혜택 및 서비스에 대한 문의사항이 있으시면 당사에 연락하십시오. 특별한 필요가 있는 경우, 이를 충족하는 서비스를 찾을 수 있도록 도와드리겠습니다.

응급 상황이 발생한 경우 즉시 911 로 연락하고 가능하다면 24 시간 내로 당사에 알려주십시오.

Participant Ombudsman 프로그램:

Participant Ombudsman 은 뉴욕주 내의 장기 치료를 받는 환자를 대상으로 무료 옴부즈맨 서비스를 제공하는 독립 단체입니다. 독립 소비자 옹호 네트워크(Independent Consumer Advocacy Network, ICAN), Participant Ombudsman 을 통해 의료 보험 선택, 가입, 서비스 이용에 대한 무료 상담을 받고, 공청회, 불만, 이의 제기 권리 이행 절차에 대해 알아볼 수 있습니다.

1-844-614-8800(TTY 릴레이: 711)으로 연락하거나, 인터넷상에서 www.icannys.org 를 통해 또는 ican@cssny.org 에 이메일을 보내 ICAN 에 연락할 수 있습니다.

1. 환영합니다

RiverSpring at Home 프로그램에 합류하기로 선택해 주셔서 감사합니다. 당사의 프로그램은 다양한 장기 치료와 건강 관련 서비스를 제공하여 귀하가 최대한 독립적으로 생활할 수 있도록 도와드리기 위해 설계되었습니다. 당사는 귀하와 귀하 본인의 특별한 상황에 알맞은 높은 품질의 친절한 의료 서비스를 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다.

RiverSpring at Home 은 뉴욕주(New York State, NYS)가 승인한 Managed Long Term Care(MLTC) Plan 이며 ElderServe Health, Inc.가 운영합니다. NYS 와의 계약에 따라 재무적 위험 및 법적 책임을 부담합니다. RiverSpring at Home 은 NYS 의 비영리 기업인 RiverSpring Health Holding Corp.에 속해 있으며, RiverSpring Health Holding Corp.은 뉴욕 도심 지역의 노년층 및 장애가 있는 개인을 대상으로 특별 관리 서비스를 제공하는 수준 높은 요양 시설인 The Hebrew Home at Riverdale 의 유일한 기업 회원입니다. 이 회원 핸드북은 RiverSpring at Home 을 지칭하는 표현으로 RiverSpring 또는 Plan 을 사용합니다.

RiverSpring at Home Program 을 이용할 자격에 달하려면 다음 요건에 부합해야 합니다.

- Medicaid 이용 자격 부합(당사의 직원이 부합 여부 확인을 도와드릴 수 있습니다)
- 만 18 세 이상
- RiverSpring 영업 지역 내 거주. 다음 카운티 포함: Bronx, Kings(Brooklyn), New York(Manhattan), Queens, Richmond(Staten Island), Westchester, Nassau 또는 Suffolk,
- NYS Department of Health 가 지정한 자격 평가 도구를 이용한 판정 결과 MLTC 자격 부합
- 가족 및 지역사회에 복귀하거나 안전하게 지낼 능력이 있음
- 18~20 세인 경우 또는 Medicare 에 가입하지 않은 경우 너싱홈 치료 레벨 자격 부합
- 등록이 효력을 발휘한 날부터 120 일이 넘는 기간 동안 중단 없이 RiverSpring 의 장기 치료 서비스에 따라 다음 커뮤니티 중 적어도 하나를 이용할 것이 요구됨:
 - a. 가정 내 간호 서비스
 - b. 가정 내 치료
 - c. 가정 간호 보조원 서비스
 - d. 가정 내 개인 케어 서비스
 - e. 성인 주간 의료 서비스
 - f. 개인 간호 또는
 - g. 소비자 지향 개인 지원 서비스

이 핸드북을 잘 보관해 두시고 필요할 때마다 참고해 주시기 바랍니다. 이 핸드북은 중국어, 프랑스어, 한국어, 러시아어, 스페인어 등의 인쇄본으로도 이용할 수 있으며 시각 장애가 있는 경우 녹음본도 이용하실 수 있습니다. 또한 필요한 경우 수화 통역사를 마련해드릴 수 있습니다. 해당 서비스는 무료입니다.

이 핸드북에서 사용된 특정 용어의 의미는 섹션 13, 정의를 참조하십시오. 질문이 있으시면 당사의 무료 전화번호 1-800-370-3600, TTY/TDD 릴레이: 711 로 연락하시기 바랍니다. 당사의 정규 영업시간은 월요일~금요일, 오전 9 시~오후 5 시입니다. 영업시간 이후에는 매일 24 시간 운영되는 온콜 서비스로 연결됩니다. 당사에 서신을 보내실 때 기입할 주소는 RiverSpring at Home, 80 West 225th Street, Bronx, NY 10463 입니다.

2. 가입 혜택

RiverSpring at Home 의 회원이 되면 담당 간호사가 배정되어 귀하와 주치의, 가족과 함께 귀하의 특별한 필요에 꼭 맞춘 Person Centered Service Plan(또는 Plan of Care)을 진행합니다. 필요한 서비스를 받게 됩니다. 당사의 경험 많은 의료 전문 인력이 항상 대기 중입니다. 담당 의료진이 귀하의 상태를 계속 추적하고, 건강상의 변화에 주의를 기울이고, 치료를 제공하고, 간병인이 귀하의 필요에 알맞은 수준 높은 서비스를 제공할 수 있도록 교육하고, 최선의 자기관리 방법을 알려드리고, 질문에 답하고, 필요한 서비스를 확보할 수 있도록 돕습니다.

Person Centered Service Plan(또는 Plan of Care)

귀하의 서면 Plan of Care 에는 치료의 수준을 보장하고 조정하여 귀하의 필요를 충족시키기 위해 Medicaid 가 RiverSpring 을 통해 지불한 의학적으로 필요한 보험 적용 서비스 및 의사 방문과 같은 보상 대상 이외의 서비스를 조정하는 것이 포함됩니다. 의사, 약품 및 기타 의료 서비스 등 RiverSpring 에서 보상하지 않는 서비스는 Medicaid 또는 Medicare 에서 직접 지불합니다.

귀하의 서면 Plan of Care 는 필요한 서비스, 그 빈도, 기간을 다룹니다. 해당 플랜은 귀하가 귀하의 복지에 영향을 미치는 신체적, 감정적, 사회적 요인들을 확인하고, 평가하고, 관리할 수 있도록 돕습니다. 귀하의 Plan of Care 는 귀하의 상황이 허락하는 한 6 개월에 한 번 이상 검토됩니다. 귀하의 필요가 변화하는 경우 그러한 필요를 충족하도록 Plan of Care 가 변경됩니다. 담당 간호사가 Plan of Care 를 검토하고 변경 사항에 대해 상의할 것입니다.

모든 보장 서비스는 이미 승인을 받은 특정 보장 서비스를 제외하고 RiverSpring 의 사전 승인을 필요로 합니다. 당사는 귀하와 함께 협력하여 보장 및 비보장 서비스를 계획할 것입니다. 예를 들어, 귀하가 의사 방문 예약을 하는 경우, 의사가 Medicare 또는 Medicare 에 해당 방문의 비용을 직접 청구하지만, 해당 의사의 사무실로 오가는 교통편을 당사가 마련하고 비용을 지불할 것입니다.

주치의와 협력하여 치료 조정

귀하의 주치의가 귀하의 치료를 계획하면서 당사와 협력하고자 하는 경우 당사는 기꺼이 그렇게 할 것입니다. 만약 주치의가 당사와 협력하기를 원하지 않는 경우, 당사는 귀하의 삶의 질 개선을 위한 조정 및 집중을 위해 RiverSpring 과 긴밀히 협력하여 일하기를 원하는 의사 명단을 제공할 수 있습니다.

귀하에게 Nurse Care Manager 가 배정될 것입니다

귀하의 담당 Nurse Care Manager(NCM)와 RiverSpring 관리팀이 귀하와 주치의, 치료 서비스 제공자, 귀하가 지정한 가족과 함께 협력하여 서비스를 조화롭게 제공하고 귀하가 Plan of Care 에 명시되어 있는 서비스를 받을 수 있도록 도울 것입니다. 귀하는 건강 관리상의 필요에 대한 최초 평가와 주기적 재평가를 받고 Plan of Care 가 귀하의 상태 변화에 기반해 필요한 변화를 반영하고 있는지 확인할 것입니다. 담당 NCM 은 Plan of Care 에 명시된 대로 경과를 모니터링하여 Plan of Care 가 귀하의 필요에 여전히 적합한지 확인하고, 주치의와 협력할 것입니다. 또한 NCM 은 보험 대상 서비스와 그렇지 않은 서비스 모두를 관리하고 조정하며, 의료 관련 일정을 계획하고 해당 일정 진행을 위한 비응급 교통편을 마련할 것입니다. 또한 의학적으로 필요한 의료 장비와 용품을 마련하고 귀하의 가정 내에 필요한 변화가 있다면 반영할 것입니다. 담당 NCM 에게 연락하여 질문하거나 우려 사항을 알릴 수 있습니다.

3. 보장 및 미보장 서비스

보장 서비스는 RiverSpring at Home 멤버십을 통해 이용할 수 있는 의학적으로 필요한 서비스이며 RiverSpring 이 그 비용을 지불합니다. 이들 서비스는 직접 제공되거나 계약을 맺은 제공 업체를 통해 제공됩니다. 보장 서비스가 Plan of Care 상에서 승인하는 서비스인 경우 귀하는 비용을 지불할 책임이 없습니다.

미보장 서비스는 MLTC 가 적용되는 혜택 패키지에 포함되지 않습니다. 미보장 서비스에 대해 RiverSpring 의 사전 허가를 받을 필요는 없지만 이들 서비스에 대해 NCM 과 상의하는 것이 좋습니다. 미보장 서비스를 이용하는 경우 어느 업체든 선택할 수 있습니다. 이들 서비스의 제공 업체는 정기적으로 해오던 것처럼 Medicare 또는 Medicaid 에 비용을 청구할 것입니다. 귀하가 업체를 변경하려는 경우 담당 NCM 이 기꺼이 도와드릴 것입니다.

보장 서비스
<ul style="list-style-type: none">● <u>치료 관리</u> - Plan of Care 의 서비스를 받을 수 있다는 보증이 있는 상태에서 귀하와 함께 당사자의 필요에 맞는 Plan of Care 작성, 건강 상태를 모니터링하여 귀하의 필요가 변화함에 따라 처방되는 서비스를 조정, 호스피스하에서의 치료 조정, 모든 건강 관련 필요의 조정● <u>성인 주간 의료 서비스</u> - 의사의 의학적 감독 하에 예방, 진단, 치료, 재활 또는 완화 서비스를 받을 수 있는 통원 주간 의료 서비스 프로그램● <u>청각 진료, 보청기 및 배터리</u> - 청력의 평가 및 보청기를 통한 청력 손실 치료● <u>소비자 지향 개인 지원 서비스</u> - 소비자 또는 소비자가 지정한 개인 지원 서비스 대리인의 지침, 감독, 지시에 따르는 소비자 지향 개인 보조 인력에 의한 개인 케어 서비스, 가정 간호 보조원 서비스, 간호 업무를 통한 부분 또는 전체 지원 제공● <u>내구형 의료장비*</u>, <u>의학적/수술용 물품</u> - 특정 의학적 질환을 치료하거나 일상 활동을 지원하기 위한 의료장비 및 기기

- 치과 진료 - 진단 및 충치와 그 밖의 구강 질환의 예방적 치료를 위한 필수 치과 서비스의 제공
- 영구 및 비영구 보충제 - 다른 수단을 통해 영양분을 확보할 수 없는 경우 식단을 보충하는 식품 제품. 영양액은 비위관, 공장루관 또는 위루관을 통해서만 공급하며 대사의 선천성 이상을 치료하는 경우로 한합니다
- 가정 내 치료*:
 - 간호 - 치료 및 건강 상태의 유지에 필요한 숙련된 간호 서비스
 - 가정 간호 보조원 - 간호사 또는 치료사의 감독 하에 치료 업무를 수행하고 개인 위생, 하우스키핑 및 관련 기능을 수행하는 훈련된 인력
 - 물리 치료 - 진단 및 질환의 치료를 통한 재활 및 최대 운동량과 활동 기능의 복원
 - 작업 치료 - 가정 내에서 독립적으로 생활하는 능력을 극대화하기 위해 기본 운동 기능을 개발, 회복 또는 유지하는 평가 및 치료
 - 언어 치료 - 담화, 언어, 의사소통, 연하곤란에 대한 평가 및 치료
 - 의료 사회 서비스 - 심리사회적 필요의 평가 및 간호와 의료 서비스를 온전히 활용할 수 있도록 돕는 중재
- 배달 음식 또는 단체 식사 - Plan of Care 에 따라 제공되는 음식
- 비용급 교통편 - Plan of Care 에 나오는 필요한 의료 서비스 및 관리를 제공하는 의료 관련 일정 진행을 위한 교통편
- 너싱홈 치료*o - 단기 재활, 후기 급성 치료, 장기 수용보호 등 허가된 시설이 제공하는 입원 치료
- 영양학 평가 - 식단 변화를 돕고 보다 건강한 식사를 위한 식이섭취 및 식사 습관의 평가
- 시력 검사 및 안경 - 시력 교정을 위한 안구 검사 및 안경과 그 밖의 시각 보조구의 처방 및 장착
- 개인 케어 - 개인 위생, 의복, 식사, 영양, 환경 관련 지원 업무 등 주치의가 지시한 활동에 대한 지원
- 개인 응급 응답 시스템 - 자택에서 응급 상황이 발생했을 때 도움을 받을 수 있게 해 주는 전자기기
- 가정 외 환경에서의 물리, 작업, 언어 치료 또는 그 밖의 요법* - (가정 내 치료 제한 설명 참조)은 21 세 미만 아동과 발달 장애인이 아닌 경우 1 년에 물리 치료 40 회, 작업 및 언어 치료 20 회로 제한됩니다
- 발병 치료* - 검사 및 국부 질환, 부상 또는 발에 관련된 기타 증상으로 인한 상태에 대해 주기적 관리 제공
- 개인 간호 - 병원이나 너싱홈에서 적절한 자격이 있는 등록된 전문가 또는 자격이 있는 간호조무사가 제한된 기간 동안 가정에서 또는 특정 조건에서 제공하는 의학적으로 필수적이며 지속적이고 숙련된 간호 서비스
- 보철 및 교정* - 손실된 신체 부위를 대체하거나 신체의 손상 또는 변형된 부위의 움직임을 지지 또는 제한하기 위한 기구 및 장치
- 호흡 요법* - 안전한 산소 이용 등 호흡 문제에 대한 평가 및 치료
- 사회 주간 치료 - 감독이 이뤄지는 환경에서 사회, 오락, 문화 활동 및 식사를 받을 수 있는 잘 짜여진 주간 프로그램
- 사회 및 환경 지원, 가정 내 개조, 기구, 보조 장치 포함 - Plan of Care 에 나오는 대로

귀하의 의료적 필요를 뒷받침하기 위해 주택 유지보수 및 개선, 허드렛일 서비스 및 위탁 치료를 포함합니다

- 원격 의료 배달 서비스 - 의료 서비스를 제공하기 위한 전자정보통신 기술의 사용

* Medicare 보장이 적용될 수 있습니다

° Institutional Medicaid 자격 규정이 적용됩니다

미보장 서비스

- 알코올 및 약물 남용 서비스
- 만성 신장 투석
- 응급 교통수단
- 가족 계획 서비스
- 병원 서비스, 입원 및 통원
- 실험실 서비스
- 정신 건강 서비스
- 발달장애국(Office for Persons with Developmental Disabilities, OPWDD) 서비스
- 사무실, 진료실, 시설 또는 가정 환경 포함 의사 서비스
- 처방, 비처방, 복합 처방약
- 방사선 및 방사성 동위원소 서비스
- 농촌 건강 클리닉 서비스

사전 승인이 필요하지 않은 서비스

RiverSpring 의 사전 승인이 필요하지 않은 서비스로는 다음의 세 가지가 있습니다.

- 청각 진료 - 매년 1 회 정기 청력 검사
- 치과 진료 - 정기 치과 검사 및 매년 2 회 응급 치과 진료
- 시력 검사 및 안경 - 정기 시력 검사, 2 년에 1 회 안경데 최대 \$100 포함

너싱홈 치료

환자 본인, 가족, 담당 의사 및 귀하의 의료진이 귀하가 양로원에 체류하는 것이 최선이라고 결정하면 담당 NCM 은 당사의 네트워크에 있는 너싱홈의 반개인실에 머무를 수 있도록 주선할 수 있습니다. 당사는 전화 요금과 같은 의료 무관 서비스는 보장하지 않습니다. 간호 시설에 영구 체류해야 하는 경우, 귀하의 Medicaid 자격은 “커뮤니티”에서 “기관”으로 전환됩니다. 지역 사회 복지 부처(Local Department of Social Services, LDSS) 또는 인사 관리 행정처(Human Resources Administration, HRA)에서 귀하가 기관 Medicaid 보장을 받을 자격이 없다고 판단하면 RiverSpring 은 비자발적 탈퇴 절차를 시작하라는 요청을 받게 됩니다.

MFP(Money Follows the Person)/Open Doors

MFP/Open Doors 는 너싱홈에서 집이나 지역사회 내 거주지로 이전할 수 있도록 돕는 프로그램입니다. 다음의 경우 MFP 자격을 충족할 수 있습니다.

- 너싱홈에서 3 개월 이상 생활
- 지역사회 내 서비스를 통해 의료적 필요를 충족시킬 수 있음

MFP/Open Doors에는 전환 전문가(Transition Specialist)와 피어(Peer)가 있으며 너싱홈에서 만나 지역사회로 복귀하는 일에 관해 논의할 수 있습니다. 전환 전문가와 피어는 치료 관리자 및 퇴원 플래너와는 다릅니다. 다음과 같은 도움을 제공할 수 있습니다.

- 지역사회에서 이용할 수 있는 서비스 및 지원 관련 정보 제공
- 독립할 수 있도록 도움을 주는 지역사회 내 서비스 검색
- 이전 후 방문 또는 전화 연락하여 가정 내에 필요한 것이 구비되어 있는지 확인

MFP/Open Doors 에 대한 더 많은 정보를 알아보거나 전환 전문가 또는 피어의 방문을 예약하려면, New York Association on Independent Living 에 1-844-545-7108 으로 연락하거나 mfp@health.ny.gov 로 이메일을 보내주십시오. 또한 www.health.ny.gov/mfp 또는 www.ilny.org 를 통해 웹상에서 MFP/Open Doors 를 방문할 수 있습니다.

재향 군인 보호

재향 군인, 재향 군인의 배우자 또는 Gold Star 부모에 해당하며 재향 군인 요양원의 간호 서비스를 이용하기를 원하는 경우 담당 NCM 에게 서비스 이용 방법에 대해 문의하십시오.

4. 가입 방법

RiverSpring 등록은 자발적으로 이뤄집니다. 당사의 프로그램에 등록하거나 등록 거부하려면 New York Medicaid Choice(NYMC) 또는 NYS Department of Health 가 지정한 다른 주체의 승인을 받아야 합니다.

등록 자격

다음 자격을 충족해야 등록할 수 있습니다.

- 만 18 세 이상
- Bronx, Brooklyn, Manhattan, Queens 또는 Staten Island 자치구 또는 Westchester, Nassau 또는 Suffolk 카운티 거주
- Medicaid 유자격
- 등록 시점에 귀하 또는 타인의 건강과 안전에 위험이 발생하는 일 없이 집이나 지역사회로 안전하게 복귀하거나 그곳에서 안전하게 지낼 수 있음
- 등록이 효력을 발휘한 날부터 120 일이 넘는 기간 동안 중단 없이 RiverSpring 에서 보장하는 다음 Community Based Long Term Care Services 중 적어도 하나를 이용할 것이 요구됨:
 - 가정 내 간호 서비스
 - 가정 내 치료
 - 가정 간호 보조원 서비스
 - 가정 내 개인 케어 서비스

- 성인 주간 의료 서비스
- 개인 간호 또는
- 소비자 지향 개인 지원 서비스

Conflict Free Evaluation and Enrollment Center(CFEEC):

CFEEC 는 귀하에게 장기 치료 서비스가 필요한지 여부를 평가하고 MLTC 자격 여부를 결정하는 NYMC 의 하위 부문입니다. CFEEC 에 문의하려면 월요일~금요일에는 오전 8:30~오후 8:00, 토요일에는 오전 10:00~오후 6:00 에 1-855-222-8350, TTY: 1-888-329-1546 으로 연락하거나 CF.Evaluation.Center@health.ny.gov 로 이메일을 보낼 수 있습니다.

MLTC 계획에 최초로 가입하기를 원하거나 45 일 이상 플랜에 가입하지 않은 경우 MLTC 의 최초 자격 결정은 CFEEC 또는 NYS Department of Health 가 지정한 다른 주체가 결정합니다. RiverSpring at Home 에 등록하려는 경우 CFEEC 에 귀하의 선택에 대해 알려야 합니다.

치료 계획 이외의 Medicaid 재택 치료를 이미 받고 있거나 다른 MLTC 플랜에서 이전하는 경우 CFEEC 평가가 필요하지 않습니다.

등록에서 배제된 모집단

다음에 해당하는 사람은 MLTCP 를 통한 혜택을 이용할 수 없습니다.

- 정신 의학 시설에서 생활
- 등록 시점에 주거형 의료 시설에서 생활(NYS Department of Health 의 너싱홈 전환 등록 프로토콜을 이용하는 경우 제외)
- 6 개월 미만의 기간 동안 Medicaid 유자격
- 결핵 관련 서비스에 대해서만 Medicaid 수혜 유자격
- 유방암 및 자궁경부암 서비스에 대해서만 유자격
- 등록 시점에 호스피스 서비스를 받음
- 주립 정신 건강 기관에서 생활
- Office for People with Developmental Disabilities(OPWDD) 시설 또는 치료 센터에서 생활
- 가족 계획 확장 프로그램에 대해 유자격
- 미국 질병통제예방센터 유방암 및 자궁경부암 조기 검출 프로그램에 포함된 65 세 미만의 개인으로 유방암 및 자궁경부암 치료가 필요하며, 다른 신뢰할 만한 건강 보험의 보장을 받지 않음
- 정신 지체아를 위한 중간 요양 시설(ICF/MR) 거주
- ICF/MR 에 거주할 수 있지만 그렇게 하지 않기로 선택함
- 알코올/약물 남용 장기 주거 치료 프로그램 거주
- Emergency Medicaid 유자격
- OPWDD Home and Community Based Services 섹션 1915(c) 면제 프로그램 소속
- 다음의 섹션 1915(c) 면제 프로그램 소속: Traumatic Brain Injury, Nursing Home Transition and Diversion, Long Term Home Health Care

Program(Long Term Home Health Care Program 1915[c] 면제 개정에 대한 최종 승인 이전까지)

- Assisted Living Programs(ALP) 거주
- Limited License Home Care Services 를 받음
- Foster Family Care Demonstration 소속

등록 거부

다음과 같은 이유로 등록이 거부될 수도 있습니다.

- 위의 자격 요건 중 하나라도 충족하지 못하는 경우
- 귀하의 주치의가 당사와 협력하지 않고 귀하가 주치의 변경을 원하지 않는 경우
- 귀하가 이전에 비자발적으로 탈퇴한 적이 있으며 비자발적 탈퇴 당시의 환경이 변하지 않은 경우
- 현재 다른 Medicaid 관리 치료 계획, 가정 및 지역사회 기반 서비스 면제 프로그램, 포괄적 Medicaid 사례 관리 프로그램(CMCM), Office for Persons With Developmental Disabilities(OPWDD) Day Treatment Program 에 등록되어 있거나 호스피스 서비스를 받고 있으며 등록을 중단하기를 원하지 않음
- State Office of Mental Health(OMH), Office of Alcoholism and Substance Abuse Services(OASAS) 또는 State OPWDD 가 운영하는 병원 또는 주거 시설에 입원했거나 그곳에 거주하고 있는 경우(등록은 집으로 퇴원한 이후에만 시작됨)

신규 회원 처리 절차 및 평가

RiverSpring 에 대해 더 많은 점을 알아보고자 한다면 당사에 알려주시기 바랍니다. 당사는 등록 과정에서 귀하, 귀하의 주치의, 가족, NYMC 와 협력합니다.

CFEEC 평가가 필요한 경우, 당사는 적격 여부 판정을 위해 CFEEC 에 귀하를 조회합니다. 귀하가 CFEEC 에 의해 당사로 이전했거나 CFEEC 평가가 필요하지 않은 경우 RiverSpring Program 에 관해 논의할 자리를 마련할 것입니다. 귀하가 관심이 있고 Medicaid 유자격(당사를 통해 여부 파악 가능)인 경우, 당사의 Intake Department 간호사가 귀하의 가정을 방문하여 NYS 승인 양식을 이용한 종합 임상 평가를 진행하여 귀하의 건강 상태 및 환경을 평가하고 최초 Plan of Care 를 작성할 것입니다. 간호사는 귀하와 상의한 이후, 서면 허가를 확보한 상태에서 주치의에게 연락하여 당사의 프로그램에 대해 설명하고, 제안된 Plan of Care 에 대한 입력 및 서면 승인 등의 협조를 요청할 것입니다. 귀하에게는 RiverSpring 에 가입할 의향이 있지만 주치의가 당사에 협조하려고 하지 않는 경우, 당사는 귀하가 다른 의사를 선택할 수 있도록 도울 수 있습니다.

등록 계약서

RiverSpring 등록은 가정 내에서 자발적으로 이뤄집니다. 귀하는 등록 발효일 전월 20 일 정오까지 구두 또는 서면으로 신청을 철회할 수 있습니다. 가입하기로 결정하는 경우 등록 계약서에 서명하게 됩니다. 당사는 등록 절차 중에 서비스에 접근하고 RiverSpring 네트워크 공급자 목록을 제공하는 방법을 설명할 것입니다. 또한 귀하는

RiverSpring ID 카드를 받게 됩니다. RiverSpring 에 의해 보장되지 않지만 다른 보험 프로그램이 보장하는 의사, 병원, 약 처방 등의 서비스를 이용하려면 정규 Medicaid, Medicare 및 제 3 사 보험 카드를 잊지 말고 소지하십시오. 귀하의 등록은 반드시 NYMC 의 승인을 받아야 합니다.

등록 발효일

귀하의 등록은 NYMC 가 귀하의 신청을 승인한 달의 다음달 1 일자로 발효됩니다.

5. 서비스 허가

당사는 귀하의 필요에 맞는 Plan of Care 를 개발합니다. 이 Plan of Care 는 당사에서 비용을 지불할 보장 서비스를 결정합니다. 현행 Plan of Care 에 없는 서비스를 필요로 하거나, 귀하가 받고 있는 보장 서비스의 금액, 빈도 또는 기간을 변경하고자 하는 경우, 사전 승인을 받아야 합니다.

귀하 또는 귀하의 서비스 제공자가 신규 서비스를 요청하거나 신규 허가 기간 중 서비스가 제공되기 전에 Plan of Care 에서 결정된 대로 해당 서비스를 변경하려면 **사전 허가**가 필요합니다. 귀하 또는 귀하를 대리하는 주체가 원내 입원 이후 Plan of Care 또는 Medicaid 보장 가정 의료 서비스에서 허가된 동일한 서비스를 추가로 요청하는 경우 **동시 검토**가 필요합니다. 두 가지 요청은 표준 또는 신속 검토를 통해 검토될 수 있습니다. 그러나 신속 검토는 RiverSpring 또는 귀하의 서비스 제공자가 지연으로 인해 귀하의 생명, 건강 또는 최대 기능을 달성, 유지 또는 회복할 수 있는 능력이 심각한 위협을 받는다고 결정하는지 여부에 따라 요청할 수 있습니다. 신속 검토를 요청하려면 담당 NCM 에게 연락하십시오(11 항 - 서비스 허가 및 조치 요건 참조).

Medicaid 지역사회 기반 MLTC 프로그램에서 전환하는 경우 RiverSpring 은 기존 서비스 플랜에 따라 허가받은 서비스를 최소 90 일 동안 계속 제공할 것입니다.

6. 서비스 제공자 선택

귀하는 RiverSpring at Home 이 보장하지 않는 의사 및 기타 서비스 제공자를 선택할 수 있습니다. 이를 통해 주치의와의 관계를 유지하면서 RiverSpring 의료진을 구성하여 치료를 조정할 수 있습니다.

RiverSpring 서비스 제공자 목록인 제공자 네트워크(Provider Network)가 등록 절차 중에 제공됩니다. 보장 서비스에 대해서는 신중하게 선정된 수준 높은 RiverSpring 서비스 제공자를 이용해야 합니다. 해당 제공자들은 귀하가 최대한 독립할 수 있게 하려는 RiverSpring 의 사명에 전념합니다. 귀하가 이용하고 있는 네트워크 제공자가 네트워크에서 벗어나는 경우 당사는 귀하가 다른 네트워크 제공자를 선택할 수 있도록 도울 것입니다. RiverSpring 은 귀하가 선택한 서비스 제공자에 만족할 수 있기를 바랍니다. 제공자를 변경하거나 네트워크 외부의 제공자를 사용하려는 경우 NCM 에 알려주시기 바랍니다. 당사는 다른 네트워크 제공자를 선택하거나 네트워크 외부 제공자를 당사 네트워크에 참여시키기 위해 접촉하는 등의 부면에서 기꺼이 돕겠습니다. 두 가지 경우 모두 당사의 허가는 RiverSpring 의 지불 수락 및 당사의 정책과 절차 준수

등의 요소에 달려 있습니다. 당사는 귀하의 네트워크 제공자에 대한 귀하의 의견을 묻고, 서비스가 높은 품질 수준을 보증할 수 있도록 비밀리에 피드백을 제공할 것입니다.

현재 귀하가 Medicare 보장 서비스를 받는 경우, 같은 서비스 제공자를 계속 이용할 수 있습니다. RiverSpring 은 해당 서비스가 또한 MLTC 보장 서비스이기도 한 경우, Medicare 보장 한도를 충족하고 RiverSpring 이 치료에 대한 기본 지불 책임을 맡는 경우, 서비스 제공자를 변경할 필요가 없도록 네트워크 내 서비스 제공자를 이용할 것을 권장합니다. 귀하가 선택한 서비스 제공자가 당사 네트워크 소속이 아닌 경우 담당 NCM 에게 연락하여 어떤 선택이 가능한지 논의하십시오.

7. 서비스 접근

RiverSpring 은 치료를 항시 이용할 수 있게 해 줍니다. 귀하는 회원 서비스 부서(Member Services Department)에 1-800-370-3600 또는 TTY/TDD 릴레이: 711 에 연락하여 서비스를 이용하실 수 있습니다. RiverSpring 은 귀하가 요청하는 서비스를 보장 서비스 여부에 관계 없이 조정하는 중요한 기능을 수행합니다. RiverSpring 은 귀하가 요청을 받지 않는 경우에도 서비스 제공 전후 2 영업일 이내에 서비스 제공자와 그 유형을 당사에 통보하여 해당 사항이 귀하의 Plan of Care 에 포함될 수 있도록 요청합니다. 당사는 미리 통보를 받는 경우, 서비스 이용을 위한 적절한 교통수단을 마련할 수 있습니다. 당사의 교통수단 보장을 이용하려면 네트워크 교통수단 서비스를 이용해야 합니다.

교통수단을 일정을 계획하려면 여행 2 일 이전에 당사에 연락하여 필요한 마련이 준비될 수 있도록 하십시오.

보장 서비스에 대한 귀하의 Plan of Care 변경 요청 방법

귀하의 Plan of Care 에 받게 될 서비스가 명시되어 있습니다. 귀하의 Plan of Care 를 변경하려는 경우, 예를 들어 서비스가 예정된 날을 변경하고자 하거나 추가 서비스가 필요하다고 느껴지는 경우, 정규 운영시간 내에 담당 NCM 과 상의해야 합니다. 운영시간은 월요일~금요일 오전 9:00~오후 5:00 이며 1-800-370-3600 으로 전화해야 합니다. 또한 운영시간 이후에도 연락할 수 있으며 귀하의 요청은 다음 영업일에 담당 NCM 에게 전달될 것입니다. 담당 NCM 이 귀하가 의료적으로 필요한 서비스를 받는데 필요하다면 주치의와 상의할 것이며, 당사가 귀하의 요청에 동의하는 경우 Plan of Care 가 해당 결정 사항을 반영하도록 변경할 것입니다.

주치의의 지시 또는 서비스 제공자의 서비스 제공, 서비스 이용이 마음에 들지 않는 경우 11 항에 요약되어 있는 불만 처리 및 이의 제기 절차를 이용할 수 있습니다.

긴급 진료

긴급 진료가 필요한 경우 주치의에게 연락할 수 있습니다. 긴급 진료는 예상치 못한 질병 또는 부상으로 인해 귀하의 건강 상태에 심각한 문제가 발생하지 않도록 예방하기 위해 의학적으로 필요한 서비스이며, 예정된 정기 의료 방문 이전에 확인되어야 합니다.

긴급 진료를 받은 경우 가능한 빨리 당사에 해당 사항을 알려주시기 바랍니다. 그렇게 하면 Plan of Care 에 필요한 변경을 할 수 있습니다.

응급 진료

응급 서비스는 의학적 응급 상태를 평가하고 안정시키는데 의학적으로 필요한 서비스를 뜻합니다. 응급이라는 단어는 심한 통증을 포함하여 충분한 중증도의 증상으로 갑자기 발병하는 의학적 질환 또는 이상 행동으로 평균 수준의 의학 및 건강 정보가 있는 신중한 일반인이 즉각적인 의료적 절차가 필요하다고 합리적으로 예상할 수 있는 경우를 뜻합니다. 다음에 해당해야 합니다. (1) 귀하의 건강을 심각한 위험에 빠뜨리거나 이상 행동의 경우 귀하 또는 다른 사람들의 건강에 심각한 위험을 초래함. (2) 신체 기능을 심각하게 손상시킬 수 있음. (3) 신체 기관 또는 신체 일부의 심각한 기능 장애를 초래함. 또는 (4) 매우 흉한 외상이 나타남.

의학적 응급 상황의 치료를 위해 RiverSpring 의 사전 승인을 받을 필요는 없지만, 가능한 빨리 응급 진료에 관한 점을 알려주셔야 합니다. 귀하 또는 가족 구성원이나 친구가 RiverSpring 에 1-800-370-3600 으로 전화하여 예정된 서비스를 즉시 조정하고 서비스가 귀하의 필요에 맞게 변경될 수 있도록 해야 합니다.

응급 서비스가 필요한 경우 911 에 전화하십시오. 질문을 주의 깊게 듣고, 답변 뒤 지침을 잘 따르십시오. 911 은 귀하가 의료적 응급 상황에 처해 있다고 판단하면 가장 가까운 곳에 있는 병원의 응급실로 데려갈 것입니다.

운영 시간 외 지원

항상 담당 NCM 에게 연락하여 도움을 요청하십시오. 담당 NCM 이 귀하와 귀하의 필요를 가장 잘 압니다. 운영 시간 이후 또는 주말이나 공휴일에 서비스나 도움이 긴급하게 필요하다면, 24 시간 무료 전화번호인 1-800-370-3600 으로 당사에 전화하십시오. 온콜 NCM 이 도와드릴 것입니다.

Plan of Care 불포함 보장 서비스

사전 승인이 필요하지 않은 경우를 제외하고, 보장 서비스가 의사의 사전 지시나 RiverSpring 의 승인없이 확보된 경우, Medicaid 또는 RiverSpring 중 어느 쪽도 서비스 제공자에게 비용을 지불하지 않을 것이므로, Plan of Care 에 필요하다고 생각하는 서비스가 있다면 담당 NCM 과 상의하는 것이 **매우 중요합니다**.

서비스 지역 외 서비스

서비스 지역 외에 있을 때 건강 상태가 변화하는 경우 담당 NCM 또는 RiverSpring 의 24 시간 무료 전화번호로 연락하여 간호사와 상의하도록 요청해야 합니다. 간호사는 귀하에게 필요한 서비스 조정에 도움을 줄 것입니다.

해당 지역을 벗어나는 경우 언제든지 담당 NCM 에 연락하여, 귀하가 지역 밖에 있을 때 당사가 의학적으로 필요한 서비스를 마련하고, 귀하가 돌아올 때까지 정기적으로 예정된 서비스를 일시 중지하고, 귀하가 돌아와서 서비스를 필요로 할 수 있을 때 이용 가능한지

확인할 수 있도록 하십시오. 30 일 넘게 연속으로 서비스 지역을 벗어나지 않고 RiverSpring Program 에 잔류할 수 있습니다. 귀하는 30 일 연속으로 서비스 지역에서 부재 상태인 경우 비자발적으로 탈퇴됩니다(8 항, 보장 중단 참조).

추가 정보

귀하가 요청하는 경우 다음 정보를 이용할 수 있습니다.

- 이름, 사업장 주소, 이사회 및 RiverSpring at Home 담당자의 공식 직위
- RiverSpring 의 최신연도 공인 재무재표
- 의료 기록과 기타 구성원 정보의 기밀 보호를 위한 RiverSpring 의 서면 절차
- 임상시험 내 의료기기 또는 치료의 실험적 또는 연구 관련 특성에 관한 의사결정을 다루는 RiverSpring 의 서면 절차
- 서비스 허가 의사결정에 대한 RiverSpring 의 서면 절차
- RiverSpring 의 서면 신청 절차 및 의료 서비스 제공자가 당사의 제공자 네트워크에 참여 검토 대상이 되기 위한 최소 요건
- 품질 보증 프로그램을위한 조직적 마련 및 진행 절차에 대한 서면 설명

8. 보장 중단

귀하는 RiverSpring 이용을 중단하기로 선택(자발적 탈퇴)할 수도 있고, 어떤 경우에는 RiverSpring 에서 탈퇴당할 수 있습니다(비자발적 탈퇴). 귀하가 탈퇴하면 RiverSpring 은 더 이상 서비스 비용을 지불하지 않습니다. 당사의 보장이 중단되는 것입니다. 그러나 귀하의 탈퇴가 발효될 때까지 RiverSpring 회원 자격을 유지하며, 당사는 Plan of Care 에 나오는 서비스를 계속 제공합니다. 귀하는 계속 RiverSpring 네트워크 제공자를 이용하고 보장 서비스에 대한 사전 승인을 받아야 합니다. RiverSpring 은 귀하의 필요를 충족시키는 다른 플랜으로 귀하가 전환하도록 도울 것이며, 탈퇴가 발효될 때까지 Plan of Care 에 나오는 서비스를 계속 보장하고 다른 치료 계획을 마련할 것입니다. 귀하의 건강 상태가 악화되었거나 서비스 제공 비용을 이유로 탈퇴되지 않을 수도 있습니다.

자발적 탈퇴

귀하가 RiverSpring 에서 탈퇴하기로 결정하는 경우, 귀하는 언제든지 서면 또는 구두로 당사에 알려 탈퇴 절차를 시작할 수 있습니다. 원하는 점을 담당 NCM 과 논의해야 합니다. RiverSpring 을 통해 서비스를 받을 자격이 사라지는 예정일이 나오는 탈퇴 양식(Disenrollment Form)에 서명할 것입니다. 만약 NYMC 가 귀하의 요청을 해당 월의 10 일까지 처리하는 경우, 귀하의 탈퇴가 발효되는 날짜는 다음달의 첫째 날이 될 것입니다. 만약 절차가 귀하의 요청을 해당 월의 10 일 이후에 처리되는 경우, 귀하의 탈퇴가 발효되는 날짜는 탈퇴 요청 이후의 두 번째 달의 첫째 날이 될 것입니다.

RiverSpring 에 등록된 이후 다른 Medicaid 선불 플랜, HCBS 면제 프로그램, OPWDD Day Treatment 또는 Comprehensive Medicaid Case Management 프로그램에 가입하거나 해당 서비스를 받는 경우, 자발적 탈퇴로 간주됩니다.

비자발적 탈퇴

귀하가 다음 상황 중 어느 하나에 해당하는 경우, RiverSpring 은 탈퇴 절차를 시작해야 합니다.

- 귀하가 서비스 지역에 거주하지 않는다고 당사가 판단
- 귀하가 연속 30 일 넘게 서비스 지역에서 부재
- 귀하가 입원 또는 OMH, OWPDD 또는 OASAS 주거 프로그램에 연속 45 일 이상 참여
- 귀하가 임상적으로 너싱홈을 필요로 하지만, Medicaid Institutional 규칙에 의한 너싱홈 치료 이용 자격에 달하지 않음
- 귀하가 Medicaid 수혜 자격에 더 이상 달하지 않음
- 귀하에게 지역사회 기반 장기 치료 서비스에 대한 기능적 또는 임상적 필요가 더 이상 나타나지 않는 것으로 평가되거나, 귀하에게 Medicare 가 없고 NYS Department of Health 에서 정한 평가 도구에 따르면 너싱홈 수준 치료에 달하지 않는 경우, 또는
- 귀하가 감금된 경우

RiverSpring 는 다음의 경우 귀하를 탈퇴시킬 수 있습니다.

- 귀하, 귀하의 가족 또는 가까운 환경에 있는 다른 사람이 귀하의 건강 또는 안전, 또는 타인의 안전을 위협하는 행위 또는 행동에 가담하거나, 귀하 또는 다른 회원에 대한 당사의 서비스 제공 능력을 심각하게 손상시키는 경우
- 귀하가 30 일간의 유예 기간이 지난 후에 RiverSpring 에서 빌렸으며 Local Department of Social Services(LDSS)에 의해 결정된 지출/잉여금을 지불하지 못하거나 지불을 위한 충분한 마련을 하지 못함
- 귀하가 필요한 동의 또는 정보 공개를 고의적으로 완료 및 제출하지 않음
- 귀하가 RiverSpring 에 허위 정보를 제공하거나, 귀하의 RiverSpring 멤버십에 관해 당사를 속이거나 사기 행위에 연루됨

모든 비자발적 탈퇴에는 LDSS 또는 HRA 의 사전 승인이 필요합니다. 승인이 이뤄진 경우 LDSS 또는 HRA 가 귀하에게 서면으로 탈퇴의 발효일과 공청회 권리에 대해 알려드릴 것입니다. RiverSpring 은 귀하가 귀하의 필요에 맞는 다른 MLTC 플랜으로 전환할 수 있도록 도울 것입니다.

9. Medicaid 지출

귀하가 RiverSpring 에 지불해야 하는 금액은 Medicaid 가 정한 값과 직접적인 연관이 있습니다. LDSS 또는 HRA 는 귀하의 재무 상태를 검토하고 귀하의 월 수입을 확인하여 Medicaid 적격을 위한 수입 요건에 충족하기 위해 얼마를 지출해야 하는지 파악할 것입니다. 귀하가 특정 금액을 지출해야 한다고 Medicaid 가 결정하는 경우, LDSS 또는 HRA 는 귀하가 당사에게 매달 지불해야 하는 정확한 지출 금액을 귀하와 당사에게 알려줄 것이며, 귀하는 해당 금액을 RiverSpring 에 매달 납부하게 됩니다.

귀하가 특정 금액을 지출해야 할 필요가 없다고 Medicaid 가 판단하면, RiverSpring 에 매달 지불할 금액은 없습니다.

RiverSpring 에 지출하거나 직접 지불해야하는 금액은 주기적 Medicaid 자격 인증 절차 또는 너싱 시설 입소를 통해 변경될 수 있습니다.

귀하가 특정 금액을 지출해야 하는 경우, 해당 금액은 등록된 달부터 매월 1 일까지 지불해야 합니다. 해당 금액을 ElderServe Health 의 지시에 따라 지불하는 것으로 기입하고 ElderServe Health, Inc., 80 West 225th Street, Bronx, NY 10463 으로 보내주십시오.

해당 책임의 이행과 관련해 어려움이 있는 경우 담당 NCM 과 상황에 대해 상의하십시오. 만기일로부터 30 일 이내에 해당 금액을 지불하지 않으면, 지불할 체납금을 서면으로 귀하에게 통보해 드립니다. 당사는 만기가 될 때까지 지불이 이뤄지지 않는 경우 귀하를 프로그램에서 비자발적으로 탈퇴시킬 수 있는 권리를 보유하고 있습니다.

10. 권리 및 책임

RiverSpring 의 회원으로서 귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 의료적으로 필요한 치료를 받을 권리
- 적시에 치료 및 서비스를 받을 권리
- 자신의 의료 기록 및 치료 시점에 관한 개인정보 보호 권리
- 이용 가능한 치료 방법 및 대안에 관한 정보를 이해할 수 있는 방식과 언어로 입수할 권리
- 정보를 이해할 수 있는 언어로 제공받고 무료로 통역 서비스를 이용할 권리
- 치료 개시 전 사전 동의를 작성하는데 필요한 정보를 확보할 권리
- 존중심과 품위있는 방식으로 치료받을 권리
- 의료 기록 사본을 한 부 제공받고 기록의 수정 및 교정을 요청할 권리
- 치료를 거부할 권리 등 자신의 치료에 관련된 결정에 참여할 권리
- 강요, 징계, 편의 또는 보복의 수단으로 사용되는 일체의 구속이나 격리로부터도 자유로울 권리
- 성별, 인종, 건강 상태, 피부색, 연령, 출신 국가, 성적 지향, 결혼 여부 또는 종교에 상관없이 치료받을 권리
- 네트워크 외부 제공자를 당사의 네트워크에서 이용할 수 없는 경우 혜택을 누릴 수 있는 방법을 비롯하여 당사로부터 필요한 서비스를 어디에서, 언제, 어떻게 얻을 수 있는지 알 권리
- 불만 사항은 NYS Department of Health 에 1-800-206-8125 으로 전화하거나 서면으로 MLTC – Technical Assistance Center, NYS Department of Health, Bureau of Managed Long Term Care, 16th floor, One Commerce Plaza, Albany, NY 12237, 또는 mlctac@health.ny.gov 으로 이메일을 보내어 전달하십시오. 아니면 귀하의 관할 Local Department of Social Services 에 알리고 NYS Fair Hearing System 을 이용하거나, 적절한 경우 NYS External Appeal 을 이용하십시오.
- 귀하의 간호 및 치료에 관해 이야기할 대리인을 지정하십시오. 그리고
- Participant Ombudsman 프로그램의 도움을 구하십시오.

귀하의 권리 행사가 귀하가 받는 치료에 좋지 않은 영향을 미치지 않을 것입니다.

RiverSpring 의 회원으로서 귀하에게는 다음과 같은 책임이 있습니다.

- RiverSpring 을 통한 모든 보장 서비스를 RiverSpring 네트워크 제공자를 이용해 받을 책임
- 자신의 Plan of Care 를 준수하고 필요한 경우 변경을 요청할 책임
- 사전 허가 서비스를 제외한 보장 서비스에 대해 사전 승인을 확보할 책임
- 건강 상태에 변화가 있는 경우 주치의의 확인을 받을 책임
- 온전하고 정확한 건강 정보를 담당 의료 서비스 제공자와 공유할 책임
- Medicaid 적격 상태를 유지할 책임
- 다른 곳에 가거나 자신의 지역을 벗어날 때 RiverSpring Health 에 알릴 책임
- 자신의 건강 상태에 대한 일체의 변경 사항을 RiverSpring 직원에게 알리고 지침을 이해할 수 없거나 따를 수 없는 경우 당사에 알릴 책임
- RiverSpring 직원을 존중하고 그와 협력할 책임
- 미보장 서비스 또는 사전 승인된 보장 서비스를 받는 사실을 당사에 사전에 알릴 수 없는 경우, 2 영업일 이내에 RiverSpring 에 알릴 책임
- 치료를 거부하거나 RiverSpring 지침을 따르지 않는 경우 결과를 감당할 책임
- Medicaid 채무 잉여금을 납부하기 위해 최선을 다할 책임

11. 회원 불만 처리 및 이의 신청 절차

RiverSpring at Home 은 귀하의 우려 사항이나 이슈를 최대한 빨리 처리하고 귀하의 만족을 위해 최선을 다할 것입니다. 어떤 종류의 문제인지에 따라 불만 처리 절차 또는 이의 신청 절차를 사용할 수 있습니다.

귀하가 불만이나 이의를 제기한다고 해서 귀하가 받는 서비스나 RiverSpring at Home 직원이나 의료인이 귀하를 대하는 방식에는 변함이 없을 것입니다. 저희는 귀하의 개인 정보를 보호할 것입니다. 저희는 귀하가 불만이나 이의를 제기하는 데 필요할 수도 있는 도움을 드릴 것입니다. 여기에는 시력 및/또는 청력에 문제가 있는 경우 통역 서비스나 도움 제공이 포함됩니다. 귀하를 대신할 누군가(예를 들어, 친척이나 친구 또는 공급자)를 선택할 수도 있습니다.

불만을 접수하거나 플랜 조치에 이의를 제기하려면, 다음으로 전화하십시오: 1-800-370-3600(TTY: 전화 711) 또는 다음 주소로 우편을 보내십시오: RiverSpring Health Plans, Quality Assurance Department, 80 West 225th Street, Bronx, NY 10463. 연락 시, 귀하의 이름, 주소, 전화 번호 및 문제에 대한 상세 내용을 제공해야 합니다.

불만이란 무엇인가요?

불만이란 저희 직원 또는 보장된 서비스 공급자로부터 귀하가 받은 간호 및 치료에 관한 불만족을 귀하가 저희에게 전달하는 일체의 의사 소통입니다. 예를 들어,

누군가가 귀하에게 무례하거나 귀하가 저희로부터 받은 치료 또는 서비스의 질을 좋아하지 않는다면, 귀하는 저희에게 불만을 제기할 수 있습니다.

불만 처리 절차

귀하는 저희에게 구두 또는 서면으로 불만을 제기할 수 있습니다. 귀하의 불만 사항을 접수한 사람은 이를 기록할 것이며, 적절한 플랜 담당자가 불만 사항에 대한 검토를 감독할 것입니다. 귀하의 불만 사항과 저희 검토 절차에 대한 설명을 받았음을 알리는 서한을 귀하께 보내드립니다. 저희는 귀하의 불만 사항을 검토하고 두 가지 기간 중 하나 이내에 서면 답변을 드릴 것입니다.

1. 지체로 인한 건강상의 위험이 크게 증가할 경우, 필요한 정보를 수령한 후 48 시간 이내에 결정을 내리겠지만, 절차는 불만 접수 후 7 일 이내에 완료될 것입니다.
2. 다른 모든 유형의 불만 사항에 대해서는, 필요한 정보를 수령한 날로부터 45 일 이내에 결정을 통지하되, 절차는 불만 접수 후 60 일 이내에 완료되어야 합니다.

저희 답변에서는 귀하의 불만을 검토 시 발견한 사항과 불만에 대한 저희의 결정을 기술할 것입니다.

불만 사항 결정에 내가 어떻게 이의 신청하나요?

불만 사항에 대한 당사의 결정에 귀하가 만족하지 못하면 이의 신청을 통해 문제에 대한 이차 검토를 요청할 수 있습니다. 반드시 서면으로 이의 신청을 해야 합니다. 귀하의 불만 사항에 대한 당사의 초기 결정을 수령한 날로부터 60 일 영업일 이내에 접수해야 합니다. 이의 신청이 접수되면 귀하의 이의 신청에 응답하도록 지정된 개인의 이름, 주소 및 전화 번호를 알려주는 서면 확인서를 귀하께 보내드립니다. 모든 불만 이의는 초기 결정에 관여하지 않았으며 임상 문제와 관련된 불만 사항에 대한 의료 전문가를 포함한 적절한 전문가가 담당합니다.

표준 이의 신청의 경우, 결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 받은 후 영업일 기준 30 일 이내에 이의 신청에 대한 결정을 내릴 것입니다. 저희의 결정 지체가 귀하의 건강에 대한 위험을 유의하게 증가시킬 경우, 저희는 신속 불만 이의 신청 절차를 사용하게 됩니다. 신속 불만 이의 신청을 위해 필요한 정보가 접수된 후 영업일 기준 2 일 이내에 이의 신청에 대한 결정을 내릴 것입니다. 표준 및 신속 불만 이의 신청 두 경우 모두, 저희는 결정에 대한 서면 통지서를 귀하에게 제공할 것입니다. 통지서에는 결정에 대한 자세한 이유 및 임상 문제와 관련된 경우 결정에 대한 임상적 근거가 포함될 것입니다.

조치란 무엇인가요?

RiverSpring at Home 이 귀하 또는 귀하의 공급자가 요청한 서비스를 거부하거나 제한하는 경우, 추천 요청을 거부하는 경우, 요청한 서비스가 보장되는 혜택 대상이 아니라고 결정하는 경우, 이미 승인된 서비스를 제한, 축소, 일시 중지 또는 종료하는

경우, 서비스에 대한 지불을 거부하는 경우, 적시에 서비스를 제공하지 않는 경우, 또는 요구된 시간 내에 불만 사항 또는 이의 신청에 대한 결정을 내리지 않는 경우, 이를 플랜 “조치”로 간주합니다. 조치는 이의 신청의 대상이 됩니다. (자세한 내용은 아래 ‘조치에 대한 이의 신청을 어떻게 접수하나요?’를 참조하십시오.)

조치 통지 시기

귀하가 요청한 서비스를 거부하거나 제한하기로 결정하거나 보장된 서비스의 전부 또는 일부에 대해 비용을 지불하지 않기로 결정한 경우, 결정을 내릴 때 통지서를 보내드립니다. 저희가 승인된 서비스를 제한, 축소, 일시 중지 또는 종료할 것을 제안하는 경우, 서비스를 변경하기 최소 10 일 전에 서신이 발송됩니다.

조치 통지 내용

저희가 조치에 대해 귀하에게 보내는 통지는 다음과 같습니다.

- 저희가 취했거나 취하려고 하는 조치에 대한 설명
- 임상 근거가 있는 경우 그 근거를 포함한 조치의 사유 제시
- 저희에게 이의 신청을 할 수 있는 권리 설명(국가 수준의 외부 이의 신청 절차에 대한 권리가 있는지 여부 포함)
- 내부 이의 신청 접수 방법 및 내부 이의 신청에 대한 검토를 저희가 빠르게(신속하게) 진행하도록 요청할 수 있는 상황 설명
- 조치가 의학적 필요성의 문제와 관련되어 있거나 문제의 치료 또는 서비스가 실험적이거나 임상시험 중인 경우, 결정을 내릴 때 임상 검토 기준의 유용성 설명
- 이의 신청에 대한 결정을 내리기 위해 귀하 및/또는 귀하의 공급자가 제공해야 하는 정보 설명

승인된 서비스를 제한, 축소, 일시 중지 또는 종료하는 경우, 통지서에서는 귀하의 이의 신청에 대해 결정하는 동안 서비스를 계속 받을 권리, 서비스가 계속되도록 신청하는 방법 및 귀하의 이의 신청을 저희가 검토하는 동안 서비스가 계속 제공된다면 귀하가 서비스 비용을 지불해야 할 상황에 관해 알려드릴 것입니다.

조치에 대한 이의 신청은 어떻게 접수해야 하나요?

저희가 취한 조치에 귀하가 동의하지 않는 경우, 이의 신청을 할 수 있습니다. 귀하가 이의 신청을 접수하면, 저희는 조치의 사유를 다시 살펴보고 올바른 조치였는지 결정해야 함을 의미합니다. 구두로 또는 서면으로 조치에 대한 이의 신청을 접수할 수 있습니다. 플랜에서 (서비스를 거부 또는 제한하거나 서비스 비용을 지불하지 않는 것과 같은) 조치에 대한 서신을 보내면, 귀하에게 조치를 통지한 서신 상 날짜로부터 60 일 이내에 이의 신청을 접수해야 합니다.

이의 신청을 하려면 내 플랜에 어떻게 연락해야 하나요?

1-800-370-3600(TTY: 전화 711)으로 전화하거나 RiverSpring Health Plans, Quality Assurance Department, 80 West 225th Street, Bronx, NY 10463 으로 우편을 보내 연락할 수 있습니다. 귀하의 이의 신청을 접수한 사람은 이를 기록할

것이며, 적절한 담당자가 이의 사항에 대한 검토를 감독할 것입니다. 귀하의 이의 신청을 저희가 접수했다는 내용의 서신을 보내드리고, 의료 기록 및 최초 결정에 사용된 기타 서류가 포함된 사례 파일을 첨부할 것입니다. 귀하의 이의 신청은 플랜의 초기 결정이나 귀하가 이의를 제기하는 조치에 관여하지 않았던, 지식이 풍부한 임상 직원에 의해 검토될 것입니다.

이의 신청 과정 중에 서비스를 계속하여 요청할 수 있는 일부 조치의 경우

귀하가 현재 이용하도록 승인된 서비스의 제한, 축소, 일시 중지 또는 종료에 대해 이의 신청하는 경우, 이의 사항이 결정되는 동안 귀하는 이러한 서비스를 계속 받도록 요청할 수 있습니다. 서비스의 제한, 축소, 일시 중지 또는 종료에 대해 통지한 날 또는 제안된 조치의 예정 효력 발생일 중 이후 시점으로부터 10 일 이내에 귀하가 요청할 경우 저희는 서비스를 계속해야 합니다.

귀하가 이의 신청을 철회할 때까지, 또는 저희 결정이 귀하에게 유리하지 않은 경우, 귀하가 New York State Medicaid Fair Hearing 에 서비스 지속을 요청하지 않는 한, 저희의 이의 신청 결정에 대한 통지를 우편으로 통지한 후 10 일까지, 귀하의 서비스는 계속될 것입니다. (아래의 Fair Hearing 항목 참조하십시오.)

이의 신청이 검토되는 동안 귀하가 서비스 지속을 요청할 수는 있지만, 이의 신청이 귀하에게 유리하게 결정되지 않는 경우, 귀하의 사례가 검토되는 동안 귀하가 서비스를 계속 받을 것을 요청했기 때문에 귀하가 이 서비스에 대한 비용을 지불하도록 저희가 요구할 수 있습니다.

조치에 대한 나의 이의 신청을 플랜에서 결정하는 데 얼마나 오래 걸리나요?

신속한 검토를 요청하지 않는 한, 저희는 조치에 대한 이의 신청을 표준 이의 신청으로 검토하고 건강 상태에 따라 필요한 대로 신속하게 서면 결정을 보내드리며, 이의 신청을 접수한 날로부터 30 일 이내가 될 것입니다. (연장 신청을 요청하거나 추가 정보가 필요하고 지연이 귀하의 이익에 부합하는 경우 검토 기간은 최대 14 일까지 연장될 수 있습니다.) 검토하는 동안 귀하는 직접 또는 서면으로 귀하의 사례를 발표할 기회가 주어집니다. 또한 이의 신청 검토의 일부인 귀하의 기록을 볼 기회를 갖게 될 것입니다.

귀하의 이의 신청에 대한 결정에 대한 통지서를 보내드리며, 여기에서 저희가 내린 결정과 이 결정에 도달한 날짜를 알려드릴 것입니다.

귀하의 이의 신청이 계류 중인 동안 요청한 서비스를 거부 또는 제한하거나, 서비스를 제한, 축소, 일시 중지 또는 종료하려는 결정을 저희가 취소하는 경우, 귀하의 건강 상태에 따라 필요한 대로 신속하게 분쟁 중인 서비스를 제공할 것입니다. 어떤 경우에는 “신속” 이의 신청을 요청할 수 있습니다. (아래의 신속 이의 신청 절차 항목 참조하십시오.)

신속 이의 신청 절차

귀하 또는 귀하의 공급자가 표준 이의 신청에 걸리는 시간이 귀하의 건강 또는 삶에 중대한 문제를 초래할 수 있다고 생각하는 경우, 귀하는 귀하의 이의 신청에 대한 신속 검토를 요청할 수 있습니다. 저희는 72 시간 이내에 귀하에게 저희 결정을 알려드릴 것입니다. 어떠한 경우에도 귀하의 이의 신청을 접수한 후 72 시간을 경과하여 결정을 내리지 않을 것입니다. (연장 신청을 요청하거나 추가 정보가 필요하고 지연이 귀하의 이익에 부합하는 경우 검토 기간은 최대 14일까지 연장될 수 있습니다.)

이의 신청을 신속하게 처리해 달라는 귀하의 요청에 동의하지 않을 경우, 신속한 이의 처리 요청을 거부했으며 이를 표준 이의로 처리할 것임을 귀하에게 알려드리기 위해 최선의 노력을 다해 직접 연락할 것입니다. 또한 귀하의 요청을 받은 날로부터 2 일 이내에 신속 이의 신청을 거부하는 결정에 대한 서면 통지서를 보내드립니다.

플랜이 내 이의 신청을 거부하면 나는 어떻게 해야 하나요?

귀하의 이의 신청에 대한 당사의 결정이 전적으로 귀하에게 유리하지 않은 경우, 귀하가 받는 통지서는 귀하가 뉴욕 주에 Medicaid Fair Hearing 을 요청할 권리와 Fair Hearing 을 얻는 방법, 귀하를 대신하여 누가 Fair Hearing 에 나갈 수 있는지, 그리고 일부 이의 신청의 경우, Hearing 이 계류 중인 동안 서비스를 받을 수 있도록 요청하는 귀하의 권리 및 요청 방법에 대해 설명할 것입니다.

참고: 최종 불리한 결정 통지일로부터 달력일 기준 120 일 이내에 Fair Hearing 을 요청해야 합니다.

의학적 필요성에 대한 이슈로 인해 또는 문제의 서비스가 실험적이거나 임상시험 중이기 때문에 이의를 거부한 경우, 통지서에는 뉴욕 주에 저희 결정에 대한 “외부 이의 신청”을 요청하는 방법도 설명할 것입니다.

주 Fair Hearings

이의 신청에 대한 당사의 결정이 전적으로 귀하에게 유리하지 않은 경우, 저희가 귀하에게 이의 결정에 대한 통지서를 보낸 날짜로부터 120 일 이내에 귀하는 뉴욕 주에 Medicaid Fair Hearing 를 요청할 수 있습니다.

귀하의 이의 신청이 귀하가 현재 받고 있는 승인된 서비스의 제한, 축소, 일시 중지 또는 종료와 관련되고 Fair Hearing 을 요청한 경우, 귀하는 Fair Hearing 결정을 기다리는 동안 이 서비스를 계속 받게 됩니다. Fair Hearing 요청은 이의 신청에 대한 결정이 당사에 의해 송부된 날짜로부터 10 일 이내에 또는 귀하의 서비스를 제한, 축소, 일시 중지 또는 종료하기 위한 당사의 조치가 취해지는 예정 발효일 중 더 이후 날짜까지 이루어져야 합니다.

귀하의 혜택은 Fair Hearing 을 철회할 때까지 또는 State Fair Hearing Officer 가 귀하에게 유리하지 않은 심리 결정을 내릴 때까지 중 먼저 발생하는 시점까지 계속됩니다.

State Fair Hearing Officer 가 당사의 결정을 뒤집는 경우, 귀하는 분쟁중인 서비스를 즉시, 그리고 귀하의 건강 상태의 필요에 따라 빨리, 플랜에서 Fair Hearing 결정을 받은 날로부터 72 시간 이내에 받도록 해야 합니다. 이의 신청이 계류중인 동안 분쟁중인 서비스를 받은 경우, 당사는 Fair Hearing Officer 가 명령한 해당 서비스에 대한 지불 책임이 있습니다.

Fair Hearing 결정을 기다리는 동안 서비스를 계속 요청할 수는 있지만, Fair Hearing 이 귀하에게 유리하게 결정되지 않으면 Fair Hearing 의 대상인 서비스 비용을 귀하가 지불해야 할 수 있습니다.

State Fair Hearing 은 Office of Temporary and Disability Assistance 에 연락하여 신청할 수 있습니다.

- 온라인 신청 양식: <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>

인쇄용 신청서를 우편으로 보내십시오:

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

- 인쇄용 신청서를 팩스로 보내십시오: (518) 473-6735

- 전화로 신청:

표준 Fair Hearing 라인 - 1 (800) 342-3334
응급 Fair Hearing 라인 - 1 (800) 205-0110
TTY 라인 - 711(교환이 1 (877) 502-6155 로 전화하도록 요청)

- 직접 신청:

New York City (Office of Temporary and Disability Assistance)
14 Boerum Place, 1st Floor
Brooklyn, New York 11201

Fair Hearing 을 신청하는 방법에 대한 자세한 정보는 다음 사이트를 방문하십시오:
<http://otda.ny.gov/hearings/request/>

주 외부 이의 신청

서비스가 의학적으로 필요하지 않거나 실험적이거나 임상시험 중인 것으로 판단되어 당사가 귀하의 이의를 거부하는 경우, 귀하는 뉴욕 주에 외부 이의 신청을 할 수 있습니다. 외부 이의 신청은 당사 또는 뉴욕 주에서 일하지 않는 검토자들이 결정합니다. 이 검토자들은 뉴욕 주정부가 승인한 자격을 갖춘 사람들입니다. 귀하는 외부 이의 신청에 대해 비용을 지불할 필요가 없습니다.

의학적 필요성의 결여로 또는 서비스가 실험적이거나 임상시험 중이라는 이유로 이의를 거부하는 결정을 내릴 경우, 당사는 이의를 거부한다는 당사 결정과 함께 외부 이의 신청을 제기하는 양식을 포함하여 외부 이의 신청 방법에 관한 정보를 귀하께 제공할 것입니다. 외부 이의 신청을 원할 경우, 당사가 귀하의 이의를 거부한 날로부터 4 개월 이내에 New York State Department of Financial Services 에 양식을 접수해야 합니다.

귀하의 외부 이의 신청은 30 일 이내에 결정됩니다. 외부 이의 신청 검토자들이 추가 정보를 요구하는 경우 더 많은 시간(영업일 기준 최대 5 일)이 필요할 수 있습니다. 검토자들은 결정이 내려진 날로부터 2 영업일 이내에 귀하와 당사에 최종 결정을 알려줄 것입니다.

지체가 귀하의 건강에 중대한 해를 끼칠 수 있다고 의사가 판단하면 더 빨리 결정을 내릴 수 있습니다. 이를 신속 외부 이의 신청이라고 합니다. 외부 이의 신청 검토자는 3 일 이내에 신속 이의 제기를 결정합니다. 검토자는 전화나 팩스로 귀하와 당사에 즉시 결정을 알려줄 것입니다. 나중에, 결정을 통지하는 편지가 발송됩니다.

Fair Hearing 및 외부 이의 신청을 요청할 수 있습니다. Fair Hearing 및 외부 이의 신청을 요청하는 경우, Fair Hearing 심의관의 결정은 “중요한 결정”이 됩니다.

서비스 승인 및 조치 요건

정의

사전 승인 검토: 해당 서비스가 등록자에게 제공되기 전, 새로운 서비스(새로운 승인 기간 또는 기존 승인 기간에 관계없이)의 적용 범위 또는 새로운 승인 기간 동안 케어 플랜에서 결정된 서비스 변경 요청에 대한 등록자 또는 등록자를 대신하는 공급자의 요청 검토.

동시 검토: 케어 플랜에서 현재 승인된 서비스의 추가(즉, 동일한 서비스를 더 많이) 또는 입원 후 Medicaid 적용 가정 의료 서비스에 대한 등록자, 또는 등록자를 대신하여 공급자의 요청 검토.

신속 검토: 플랜에서 결정하거나 지연으로 인해 등록자의 생명, 건강 또는 최대한의 기능을 달성, 유지 또는 회복하는 능력이 중대하게 위태로워진다고 공급자가 판단하면 등록자는 서비스 승인 요청에 대한 신속 검토를 받아야 합니다. 등록자는

사전 승인 또는 동시 검토에 대한 신속 검토를 요청할 수 있습니다. 동시 검토로 인한 조치의 이의 신청은 신속하게 처리되어야 합니다.

일반 조항

의학적 필요성 또는 실험적이나 임상시험 중인 서비스와 관련하여 계약자가 취한 조치는 PHL §4900(2) (a)에 정의된 임상 동료 검토자가 해야 합니다.

의학적 필요성 또는 실험적이나 임상시험 중인 서비스에 관한 것 이외의 불리한 판단은 등록자의 건강 상태 또는 수준의 적합성, 치료의 양이나 전달 방법에 대한 평가에 근거하여 허가된, 인증된 또는 등록된 의료 전문가가 내려야 합니다. 이 요건은 보장이 등록자의 건강 상태에 대한 평가에 의존적인 경우 해당 서비스가 적용되는 혜택이 아니므로 청구를 거부하는 결정에 적용되며 다음을 포함하나 이에 국한되지 않는 서비스 승인 요청에 적용됩니다 - 혜택 패키지에 포함된 서비스, 추천, 및 네트워크 외부 서비스.

플랜은 회원이 이의를 제기하고 도움을 받을 수 있는 방법을 원한다면 회원들에게 (언어, 청각, 언어 문제에 대한) 지원 가능성을 알려야 합니다.

계약자는 해당 부서의 모델 MLTC 초기 불리한 판단 및 4687 MLTC 취해진 조치 통지를 활용해야 합니다.

서비스 승인 결정 및 통지 기한

1. 사전 승인 요청의 경우, 계약자는 서비스 승인 결정을 내려야 하며, 등록자의 상태에 따라 필요한 만큼 빨리 전화나 서면으로 등록자에게 다음 기간내에 결정을 통지해야 합니다.
 - a. 신속: 서비스 승인 요청을 접수한 후 72 시간
 - b. 표준: 서비스 승인 요청을 수령한 날로부터 14 일
2. 동시 검토 요청의 경우, 계약자는 서비스 승인 결정을 내려야 하며, 등록자의 상태에 따라 필요한 만큼 빨리 전화나 서면으로 등록자에게 다음 기간내에 결정을 통지해야 합니다.
 - a. 신속: 서비스 승인 요청을 접수한 후 72 시간
 - b. 표준: 서비스 승인 요청을 수령한 날로부터 14 일
 - c. 입원 후 Medicaid 보험 적용 가정 의료 서비스 요청의 경우, 필요한 정보를 받은 날로부터 영업일 기준 1 일, 서비스 승인 요청 다음 날이 주말 또는 공휴일인 경우를 제외하고는 필요한 정보를 수령한 후 72 시간, 어떠한 경우에도 서비스 승인 요청을 수령한 후 영업일 기준 3 일 이내에 처리해야 합니다.
3. 달력일 기준 최대 14 일 연장. 연장은 등록자 또는 등록자를 대신하여 공급자가 요청할 수 있습니다(서면 또는 구두로). 플랜이 추가 정보의 필요성을 입증할 수 있고

연장이 등록자의 이익에 부합하는 경우 연장을 시작할 수도 있습니다. 모든 경우에 연장 이유를 잘 문서화해야 합니다.

- a. MLTC 플랜은 서비스 요청에 대한 검토 기한이 플랜 주도로 연장된 경우 등록자에게 통보해야 합니다. MLTC 플랜은 지연 이유와 지연이 등록자에게 어떻게 가장 이익이 되는지를 설명해야 합니다. MLTC 플랜은 결정 또는 재결정을 내리는 데 필요한 추가 정보를 요청하고, 요청한 정보의 잠재적 출처를 열거함으로써 등록자를 도울 것입니다.

4. 등록자 또는 공급자는 이의 제기를 할 수 있습니다 - 이의 신청 절차 참조.

5. 플랜이 신속 심사에 대한 등록자의 요청을 거부한 경우 플랜은 표준 검토로 처리합니다.

- a. 계약자는 신속 검토 요청이 거부되고 등록자의 서비스 요청이 표준 시간 내에 검토될 경우 등록자에게 알려야 합니다.

조치 통지의 기타 기간

1. 계약자가 서비스 승인 결정 또는 기타 조치의 결과로 승인 기간 내에 이전에 승인된 서비스를 제한, 축소, 일시 중지 또는 종료하려는 경우, 다음을 제외하고 예정된 조치 발효일 최소 10 일 전에 서면 통지를 해야 합니다.

- a. 확인된 등록자 사기의 경우 사전 통지 기간이 5 일로 단축됩니다. 또는
- b. 계약자는 다음에 대해 조치 날짜 이전까지 통지서를 발송할 수 있습니다.
 - i. 등록자의 사망
 - ii. 서비스 종료를 요청하거나 서비스의 종료 또는 축소가 필요한 정보를 제공하는 등록자가 서명한 서면 진술서(등록자가 정보를 제공한 결과여야 한다는 것을 이해하는 경우)
 - iii. 등록자가 추가 서비스를 받을 자격이 없는 기관에 등록자가 입원함
 - iv. 등록자의 주소는 알 수 없으며 발송 주소가 없음을 나타내며 등록자에게 보낸 우편이 반송됨
 - v. 등록자가 다른 관할 구역에서 Medicaid 서비스를 받을 수 있음 또는
 - vi. 등록자의 의사가 변경된 치료 수준을 처방함
- c. CBLTCS 및 ILTSS 의 경우 계약자가 이전에 승인된 서비스를 축소, 일시 중지 또는 종료하려 하거나 이전에 승인된 수준 또는 양보다 적게 새로운 기간에 대한 승인을 발행하려는 경우, 등록자는 1(a)-(b)에 명시된 경우를 제외하고, 최초 승인 기간의 만료일에 상관없이 예정된 조치의 발효일 최소 10 일 전 서면 통지를 제공해야 합니다.
 - i. CBLTCS 및 ILTSS 의 경우 계약자가 이전에 승인된 서비스를 축소, 일시 중지 또는 종료하거나 이전에 승인된 수준 또는 양보다 적게

새로운 기간에 대한 승인을 발행하려는 경우, 계약자가 불만 사항, 불만 사항 이의 신청 및 조치 이의 신청을 접수하고 응답할 수 있도록 하루 24 시간, 주 7일 제공되는 "라이브" 전화 지원을 제공하지 않는 한, 계약자는 비영업일에 조치의 발효일을 설정하지 않을 것입니다.

- d. 계약자는 조치가 전부 또는 일부의 지불 거부인 경우 조치 날짜에 등록자에게 서면 통지를 우편으로 보내야 합니다.
- e. 계약자가 본 부록에 설명된 서비스 승인 결정 시간 내에 결정에 이르지 않으면, 해당 계약은 불리한 결정으로 간주되며 계약자는 기간이 만료된 날에 등록자에게 조치 통지를 보내야 합니다.

조치 통보 내용

1. 계약자는 수령인 제한 프로그램에 따라 공급자에 대한 접근을 제한하려는 의도를 기반으로 한 조치를 제외하고는 모든 조치에 대해 모델 MLTC 초기 불리 판단 통지를 사용해야 합니다.
2. 수령인 제한 프로그램에 따라 공급자에 대한 액세스를 제한하기 위한 의도에 근거한 조치의 경우, 조치 통지에는 해당되는 경우 다음이 포함되어야 합니다.
 - a. 제한이 시작될 날짜
 - b. 제한의 효과와 범위
 - c. 제한의 이유
 - d. 수령인의 이의 신청 권리
 - e. 요청이 예정된 조치의 발효일 이전 또는 통지가 발송된 날로부터 10일 후 중 이후 날짜까지 요청을 받으면 계속해서 보조를 받을 권리를 포함하여 이의 신청에 관한 지침
 - f. 계약자가 수령인을 위해 일차 공급자를 지정할 권리
 - g. 계약자가 수령인에게 1차 공급자의 제한된 선택권을 부여하는 경우, 수령인이 제한 의도 통지일로부터 2주 이내에 1차 공급자를 선택할 권리
 - h. 수령인이 3개월마다 또는 합당한 사유가 있는 경우 조기에 1차 공급자의 변경을 요청할 수 있는 권리
 - i. 의도된 제한의 이유와 효과에 대해 토의하기 위해 계약자와의 회의를 할 수 있는 권리
 - j. 수령인이 수령인 정보 패키지에 오용으로 인용된 서비스의 의학적 필요성을 보여주는 회의 또는 제출시에 문서를 설명하고 제시할 수 있는 권리
 - k. 회의를 주선하기 위해 접촉할 사람의 이름과 전화 번호
 - l. 회의가 제한 의도 통보에 열거된 유효 일자를 보류시키지 않는다는 사실
 - m. 회의가 공정한 청문회에 대한 수령인의 권리를 대체하거나 제한하지 않는다는 사실
 - n. 수령인이 자신의 사례 기록을 조사할 권리 및

- o. 수령인을 대신하여 지불된 MA 서비스를 확인할 수 있는 계약자에 의해 유지되는 기록을 조사하는 수령인의 권리 이 정보는 일반적으로 “청구 세부 정보” 또는 “수령인 프로필” 정보라고 합니다.

12. 사전의료의향서 관련 중요 정보

귀하에게는 스스로의 치료에 관련된 결정을 직접 내릴 권리가 있습니다. 때때로 심각한 사고 또는 질환의 결과로 그렇게 하는 것이 불가능할 수 있습니다. 귀하가 받고자 하는 치료가 적혀 있는 사전의료의향서를 준비한다면 그러한 상황에 대해 사전에 미리 계획할 수 있습니다. 다음과 같은 유형의 사전의료의향서가 있습니다.

건강관리대리서류(Health Care Proxy): 이 문서는 정상적인 능력이 있는 성인이 다른 사람을 지명하여 자신이 스스로를 위한 결정을 내릴 수 없게 되는 경우 자신을 대신하여 치료에 관한 결정을 내리도록 위탁하면서 자신의 치료상의 권리를 보호하게 해 줍니다.

소생술포기(Do Not Resuscitate, DNR) 지시: 귀하에게는 자신의 호흡이나 혈액순환이 멈추면 응급 치료를 받고 심장이나 폐가 다시 기능하도록 할 것인지 결정할 권리가 있습니다. 심폐소생술을 받기를 원하지 않는 경우, 그러한 점을 서면으로 작성해야 합니다. 귀하의 주치의(Primary Care Physician, PCP)가 의료 기록을 위한 DNR 지시를 제공할 수 있습니다. DNR 양식을 구해 소지하거나 팔찌로 착용하여 응급 의료진이 귀하의 의사를 파악하게 할 수 있습니다.

장기 기증 카드(Organ Donor Card): 이 지갑 규격의 카드에는 귀하가 사망했을 때 다른 사람들에게 도움이 되기 위해 신체의 일부를 기꺼이 기증한다고 적혀 있습니다. NYS 운전면허증이나 Non-Driver ID Card의 뒷면에도 자신의 장기를 기증하기를 원한다는 사실과 그 방식을 기재할 수 있습니다.

사망 선택 유언(Living Will): 귀하가 스스로 중요한 의료 관련 결정을 내릴 수 없는 상황이 일어나기 전에 치료에 대한 구체적인 지침을 제공할 수 있습니다.

귀하는 사전의료의향서 작성 여부와 자신에게 가장 알맞은 유형을 선택할 수 있습니다. 귀하는 위에 나열된 사전의료의향서를 작성하지 않거나, 일부 또는 전부를 작성할 수 있습니다. 관련 법률은 개인이 사전의료의향서를 작성했는지의 여부에 따라 치료 제공에 있어 차별을 두는 것을 금지합니다. 더 많은 정보를 알아보려면 담당 NCM 이나 PCP 와 상의하십시오. RiverSpring 등록 패키지에 사전의료의향서 양식이 포함될 것입니다. 꼭 변호사를 이용할 필요는 없지만, 이 사안의 중요성을 생각할 때 상의해볼 수 있을 것입니다. 결정은 언제든지 바꿀 수 있습니다. 변경하려는 경우 담당 NCM 에게 연락하십시오.

13. 정의

치료 관리(Care Management): 치료 관리 서비스는 필요한 서비스가 보장 서비스인지 여부에 관계없이 귀하가 PCSP 를 지원하기 위해 필요한 의료, 사회, 교육, 심리사회,

재정 관련 서비스 및 기타 서비스를 받을 수 있도록 서비스에 대한 추천, 지원 또는 조정을 포함합니다.

보장 서비스(Covered Services): 3 항에 나열되어 있으며 Medicare 가 지불하지 않는 의료 및 건강 관련 서비스.

의학적 응급 상태(Emergency Medical Condition): 심한 통증을 포함하여 충분한 중증도의 증상으로 갑자기 발병하는 의학적 질환 또는 이상 행동으로 평균 수준의 의학 및 건강 정보가 있는 신중한 일반인이 즉각적인 의료적 절차가 필요하다고 합리적으로 예상할 수 있는 경우이며 다음에 해당: (a) 관련자의 건강을 심각한 위험에 빠뜨림. (b) 신체 기능을 심각하게 손상시킬 수 있음. (c) 신체 기관 또는 신체 일부의 심각한 기능 장애를 초래함. 또는 (d) 매우 흉한 외상이 나타남.

서비스별 지불 Medicaid(Fee-for-service Medicaid): 수행된 서비스에 따라 서비스 제공자가 비용을 지불하는 전통적 서비스 제공자 지불 방식.

비자발적 탈퇴(Involuntary Disenrollment): 특정한 상황에서 귀하의 RiverSpring at Home 멤버십이 귀하가 스스로 탈퇴하기로 선택하지 않는 경우에도 취소될 수 있음.

Local Department of Social Services(LDSS): 한 개인이 프로그램에 등록 또는 이를 거부하거나 프로그램에서 비자발적으로 탈퇴하기 전에 Managed Long Term Plan of Care 를 통해 이뤄지는 결정에 동의하는 지역 기관. 이 기관은 또한 해당하는 경우 회원별로 월수입과 지불해야 하는 금액도 확인합니다. 뉴욕시의 경우 LDSS 는 Human Resources Administration(HRA)입니다.

Managed Long Term Care(MLTC): 만성 질환이나 장애가 있고 MLTC 적격인 사람을 위해 고안된 프로그램. 프로그램은 NYS 의 승인을 받아야 하며, 의료적으로 필요한 보장 서비스를 회원에게 제공하기 위해 Medicaid 로부터 사전에 결정된 금액을 받습니다. MLTC 프로그램은 NYS 와 회원간 계약 및 등록 계약 하의 재무적 위험과 법적 책임을 수반합니다.

의료적으로 필요한(Medically Necessary): 심각한 고통을 초래하거나, 생명을 위협하거나, 질병이나 병약한 상태를 초래하거나, 개인의 정상적인 활동 능력을 방해하거나, 중대한 장애를 위협하는 개인의 상태를 예방, 진단, 교정 또는 치료하는데 특정 서비스가 필요한 경우 의료적으로 필요하다고 간주됩니다.

네트워크 제공자(Network Providers): ElderServe Health 가 신중하게 선택하고 보장 서비스를 RiverSpring 회원에게 제공하도록 계약을 맺은 서비스 제공자.

Nurse Care Manager: NCM 은 회원 및 회원의 주치의와 긴밀히 협력하여 개인에 맞춘 Plan of Care 를 개발하고 시행하며 각 회원에게 배정됩니다.

Person Centered Service Plan(또는 Plan of Care): 회원별 치료 목표 달성 상태와 해당 목표 달성을 위해 등록인에게 제공되는 보장 서비스의 금액, 기간, 범위에 관한 관리

기록 내의 서면 설명 문서. 사람 중심의 개인 서비스 플랜은 회원의 건강 관리 필요성 평가를 기반으로 하며 회원과 상의하고 해당 개인의 정보를 토대로 작성됩니다. 이 플랜에는 등록인의 현재 및 개인별 심리사회적 및 의료적 필요와 이력, 기능 수준 및 지원 시스템에 대한 고려사항이 포함됩니다. 사람 중심의 서비스 플랜의 효과는 재평가 및 치료 목표 달성 여부에 대한 파악을 통해 모니터링됩니다. 플랜에서 확인된 보장 서비스와 상호 관련이 있는 미보장 서비스와 치료 목표와 보장 서비스의 효과를 뒷받침하는 데 필요한 비공식 지원 서비스를 사람 중심의 서비스 플랜 또는 그 밖에 치료 관리 기록상에서 분명하게 확인해야 합니다.

의사의 지시(Physician's Order): 주치의가 의료적으로 필요한 서비스 제공을 허락하며 서명한 서면 문서.

사전 승인(Prior Approval): 모든 보장 서비스는 이미 승인을 받은 보장 서비스를 제외하고 RiverSpring 의 사전 승인을 필요로 합니다. 담당 NCM 이 귀하의 치료상의 필요를 검토하고 주치의와 상의하여 귀하의 Plan of Care 에서 의료적으로 필요하며 승인을 받은 보장 서비스를 결정할 것입니다.

지불금(Spend-down): 귀하의 월수입이 Medicaid 에서 허용하는 최대 액수를 초과하는 경우 Medicaid 수혜 자격을 얻고 RiverSpring 프로그램 적격 상태에 달하기 위해 ElderServe Health 에 매달 지불해야 하는 것으로 Medicaid 가 결정한 금액.

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-370-3600 TTY:711	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-370-3600 TTY: 711.	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-370-3600 TTY: 711.	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم TTY:711 (رقم هاتف الصم والبكم 1-800-370-3600)	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-800-370-3600 TTY: 711.번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-370-3600 (телетайп: TTY: 711).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-370-3600 TTY: 711.	Italian
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-370-3600 TTY: 711.	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-370-3600 TTY: 711.	French Creole
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-800-370-3600 TTY: 711.	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer (800) 370-3600 TTY: 711	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-370-3600 TTY: 711.	Tagalog
লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৮০০-৩৭০-৩৬০০ TTY: 711.	Bengali
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-370-3600 TTY: 711.	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-370-3600 TTY: 711.	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں - کال کریں 800-370-3600 TTY: 711	Urdu