

Aetna Better Health® of New York
101 Park Avenue, 15th Floor
New York, NY 10178



<Date>

<Name>

<Address>

<City, State Zip Code>

Aetna Better Health® of New York
年度變更通知

尊敬的 Aetna Better Health of New York 參保者：

我們想藉此機會感謝您繼續參保 **Aetna Better Health of New York** 管理式長期護理 (MLTC) 計劃。我們很高興成為您在醫療保健領域的合作夥伴，並且很榮幸為您服務。本年度通知旨在告知您如何獲取 Aetna Better Health of New York 提供者目錄、如何從 Aetna Better Health of New York 退保，以及可在我們的網站 www.AetnaBetterHealth.com/NY 上找到的其他資訊。

- Aetna Better Health of New York 全年都在不斷拓展其提供者網絡。如果您希望將提供者目錄郵寄給您，或在尋找網絡內提供者方面需要幫助，請撥打 **1-855-456-9126** 聯絡會員服務部。聽障會員請撥打紐約市轉接專線 7-1-1。
- 您也可以透過電子郵件將此請求傳送給我們：
NY_MemberServices@aetna.com。印刷版目錄每年更新一次。請於以下網址瀏覽線上提供者目錄：<https://www.aetnabetterhealth.com/ny/find-provider>，查看最新最準確的資訊。當出現影響您的變更時，您會收到通知。

年度退保權利通知

您參保 Aetna Better Health of New York 純屬自願。如果您覺得自己不再需要長期護理服務，或者想要轉到按服務收費的 Medicaid 或其他管理式長期護理計劃，您可以自願從 Aetna Better Health of New York 退保。如果您因對我們的計劃不滿而退保，請聯絡您的護理經理，以便我們解決您可能有的任何不滿或問題。在您告知我們您的退保意願後，Aetna Better Health of New York 將為您提供 書面通知，確認我們已獲悉您的退保意向，並告知您保險終止的生效日期。退保的生效日期將為處理退保之月份的次月第一天。

aetnabetterhealth.com/newyork

NY-20-07-21 v7

Aetna Better Health® of New York

101 Park Avenue, 15th Floor

New York, NY 10178



您將被要求簽署一份自願退保書。在退保生效日期之前，Aetna Better Health of New York 將繼續提供承保的福利。在退保日期之後，我們將針對不再受 Aetna Better Health of New York 承保的替代服務提供所有必要的轉介。

請注意，如果您退保並繼續需要長期護理服務，您可能再也無法透過 Medicaid 的按服務付費 (FFS) 計劃獲得該等服務。您可以加入其他 MLTC、主流管理式護理計劃（若僅符合 Medicaid 資格）或紐約州豁免服務計劃（若符合資格）。

此資訊還提供其他格式的版本。如果您可以上網，也可以在 <https://www.aetnabetterhealth.com/newyork> 上找到本通知以及其他重要計劃資訊，如會員手冊、隱私條例通知和非歧視通知。

附件是隱私條例通知和非歧視通知的更新版本，供您參考。

謹致，

會員服務部

Aetna Better Health of New York