

**Aetna Better Health® of New York**  
55 West 125th Street, Suite 1300  
New York, NY 10027



<Date>

<Name>

<Address>

<City, State Zip Code>

如需大号字体或其他  
格式的文档，请致电  
**1-855-456-9126** 联系保  
户服务部。

Llame hoy mismo al  
**1-855-456-9126**, si usted desea  
recibir esta carta en español

## **Aetna Better Health® of New York**

### 年度变更通知

尊敬的 Aetna Better Health of New York 投保人：

请允许我借此机会向您致谢，感谢您继续保留 **Aetna Better Health of New York** 管理式长期护理计划 (MLTC) 的保户资格。我们很高兴能成为您在医疗保健方面的合作伙伴，并极其珍视这一机会。我们提供此年度通知，旨在就如何访问 Aetna Better Health of New York 医疗服务提供者目录、如何退出 Aetna Better Health of New York 的参保以及我们网站 [www.AetnaBetterHealth.com/NY](http://www.AetnaBetterHealth.com/NY) 上提供的其他信息向您提供相关建议。

- **Aetna Better Health of New York** 的医疗服务提供者网络在全年当中不断得到加强。如果您希望您向您邮寄提供商目录，或需要帮助查找网络提供商，请致电保户服务部，电话：**1-855-456-9126**。听障保户请致电纽约转接号码 **7-1-1**。
- 您也可以发邮件至 [NY\\_MemberServices@aetna.com](mailto:NY_MemberServices@aetna.com) 向我们提出这一请求。印刷版本的目录每年更新。要查看最准确且最及时的信息，请访问在线医疗服务提供者目录，网址为 <https://www.aetnabetterhealth.com/ny/members/mltc/directory>。必要时您会收到有关对您有影响的变更的通知。

### 年度退保通知权利

您对 **Aetna Better Health of New York** 的参保是自愿的。如果您觉得自己不再需要长期护理服务，想转入按服务收费的医疗补助计划或另一个管理式长期护理计划，您可以自愿从 **Aetna Better Health of New York** 退保。如果您的退保是由于对我们的计划不满，请联系您的照料负责人，以便我们解决您可能存在的任何不满或问题。在您向我们发出退保的通知后，**Aetna Better Health of New York** 将向您发出书面通知，确认我们已收到您的退保意向，您将获得终止保险的生效日期。退保的生效日期为处理退保月份的下一个月的第一天。

[aetnabetterhealth.com/newyork](http://aetnabetterhealth.com/newyork)

NY-20-07-21 v4

您将被要求签署一份自愿退保表。Aetna Better Health of New York 将继续提供承保福利，直至退保生效日期。我们将对在退保日期后 Aetna Better Health of New York 不再承保的替代服务进行所有必要的转介。

请注意，如果您退保并继续需要长期护理服务，您可能无法再通过 Medicaid Fee-For-Service (FFS) 计划获得此类服务。如果符合条件，您可以加入另一个 MLTC、主流管理式护理计划（如果仅 Medicaid）或纽约州豁免服务计划（如果符合资格）。

此信息也以其他格式提供。如果您可以访问互联网，则能够通过 <https://www.aetnabetterhealth.com/ny/> 获取本通知以及保户手册等其他重要的计划信息。

此致

保户服务部  
Aetna Better Health of New York