

工具包项目

背景

1. 服务协调员健康保险职责 - 工具包项目 1
2. 父母健康保险通知书 - 工具包项目 2
3. 父母健康保险信息收集指南/无健康保险父母声明 - 工具包项目 3
4. 《健康保险信息收集表》 - 工具包项目 4 (表格 A)
5. 《无健康保险父母声明书》 - 工具包项目 5 (表格 B)
6. 《健康保险信息发布授权书》 - 工具包项目 6 (表格 C)
7. 服务协调员指南: 向父母或初级保健医生收集书面转介信息 - 工具包项目 7
8. 《初级保健医生书面转介表》 - 工具包项目 8 (表格 D) 原表格 E
9. 参加 Medicaid Managed Care 计划的儿童 Medicaid 账单指南 - 工具包项目 9

注

- 初始和持续服务协调员保险职责已合并
- 表格 B 现为《无健康保险父母声明》
- 《保险信息请求》(原表格 D) 已移除, 不再适用
- 《代位权通知》已移除, 不再适用
- 《在 NYEIS 中输入非监管保险计划的指南》已移除, 不再适用

背景

向父母提供的早期干预服务必须免费。[《纽约州公共卫生法》(New York State Public Health Law, PHL) 第 2557 节和《纽约州法典、规则和条例》(New York Codes, Rules and Regulations, NYCRR) 第 10 编第 69-4.1(m)(1)(iv)(d) 节]符合条件、Medicaid 承保范围内的儿童, 其服务费用由 Medicaid 计划支付。2021 年 12 月 29 日之前, 早期干预服务部分通过符合条件的儿童健康保险支付 (如果该健康保险计划受纽约州保险法(New York State Insurance Law, SIL)监管)。

2021 年 12 月 29 日, 州长 Hochul 签署了法案 (A.5339/S.5560A), 显著改变了早期干预服务的索赔处理和支付方式。该法案建立了由健康保险计划评估资助的早期干预计划承保人群池 (Early Intervention Program Covered Lives Pool)。资金池内的资金用于支付 Medicaid 不承保的服务费用, 这部分由市政部门和纽约州承担。**商业健康保险不再支付早期干预索赔案件的账单。**索赔案件的账单将继续由 Medicaid (承保服务) 和市政托管账户 (不承保服务) 支付。

注: 服务协调员需继续收集和记录儿童的健康保险信息。

本健康保险工具包已修订, 为服务协调员提供所需信息, 帮助其履行与收集和记录儿童/家庭健康保险承保信息相关的所有早期干预职责。

服务协调员健康保险职责

1. 向父母/法定监护人提供《父母健康保险通知书》副本（工具包项目 2）并与父母一起查看此信息。与家庭讨论早期干预计划法规的要求，让服务协调员收集并让父母提供早期干预儿童的健康保险信息，协助完成早期干预计划服务费用的报销事宜。
 - a. 根据纽约州公共卫生法，必须免费向父母提供早期干预计划服务。[PHL 第 2557 节和 NYCRR 第 10 编第 69-4.1(m)(1)(iv)(d) 节]
 - b. **Medicaid 是纽约州早期干预服务支付体系的一部分。**符合 Medicaid 承保范围的儿童，其服务费用由 Medicaid 支付。Medicaid 的资金与“早期干预计划承保人群池”（通过对保险计划评估筹集）的资金共同构成该计划的支付体系。资金池内的资金用于支付 Medicaid 不承保的服务费用，这部分由市政部门和纽约州承担。索赔案件的账单将继续由 Medicaid（承保服务）和市政托管账户（不承保服务）支付。

重要注意事项：商业健康保险不再支付早期干预索赔案件的账单。
 2. 若早期干预计划提供者的索赔符合早期干预的所有计费 and 索赔规则，则对于 Medicaid 未全额支付的服务，提供者申请的费用将从市政资金（托管账户）支付。
 - a. Medicaid 计划按纽约州卫生厅 (New York State Department of Health) 制定的费率支付所有早期干预计划的服务费用。
 - b. 禁止服务提供者向父母收取早期干预服务费用。
 - c. 必须根据《个性化家庭服务计划》(Individualized Family Service Plan, IFSP) 为所有符合条件的儿童提供早期干预服务（含服务协调和评估服务）。此项规定对所有儿童适用，无论其保险状态如何。
 - i. 若儿童没有保险，服务协调员应协助父母申请可能符合资格的福利计划（如 Medicaid、Child Health Plus、社会安全残障补助等）。但是，父母无需参加健康保险计划即可享受早期干预计划的服务。
 - ii. 服务协调员应使用**表格 A**（工具包项目 4）的《健康保险信息收集表》收集儿童/家庭健康保险信息。
 - iii. **表格 B**（工具包项目 5）为《无健康保险父母声明》。接受早期干预服务的无保险儿童的父母必须签署此声明。服务协调员需每季度（或在保险状态变更时）与家庭复核保险信息。除非儿童已参加健康保险计划且父母已填写**表格 A**，否则父母至少需每季度重新签署声明。
 - iv. 父母填写健康保险相关表格（**表格 A**，无保险填写**表格 B**）后，信息须录入州数据系统，表格存入儿童档案。服务协调员将通知所有收费提供者及市政部门：完整的健康保险信息文件可在儿童档案中查阅，若需纸质副本，将在收到请求后的 14 天内寄出。

****若家庭持有 Medicaid 卡及儿童身份识别号 (CIN)，必须将 CIN 录入当前州数据系统。若 Medicaid 保险属于 Medicaid Managed Care 计划，则还必须在州数据系统中输入托管医疗保险公司/保险信息。**
 3. 向家庭收集健康保险政策信息（依据 NYCRR 第 10 编第 69-4.6(d) 节）。
 - a. 服务协调员应确认家庭是否为早期干预儿童投保健康保险，并向其提供相应表格及填写指南。
 - i. 服务协调员需与父母共同查看**表格 A 和表格 B**，并协助完成正确表格。
 - ii. 若儿童已参保，应向家庭提供**表格 A**：（《健康保险信息收集表》）。
 - iii. 若儿童未参保，则提供**表格 B**：（《无健康保险父母声明书》）予父母填写。
- 请注意：**
健康支出账户/健康储蓄账户 (HSA) 是医疗储蓄账户，不被视为健康保险；服务协调员不会收集这些类型的账户信息或将其输入到儿童档案或州数据系统中。

- b. 向父母说明：参与早期干预计划的儿童，其健康保险信息（含 Medicaid 和 Child Health Plus）如有变更须立即告知服务协调员。服务协调员须每季度与家庭复核保险信息。
 - c. 服务协调员需在早期干预服务协调记录中记录与父母就早期干预计划中的健康保险及儿童的健康保险事宜的沟通情况。每季度与父母复核健康保险信息时：
 - i. 服务协调员在**表格 A** 上签署姓名首字母及日期以确认复核完成。服务协调员还需在表格中标注信息“无变更”或“需更新表格”。
 - ii. 若需更新保险信息，须向父母提供新的**表格 A**。新表格填写完成并交给服务协调员后须录入州数据系统并存入儿童档案。
 - iii. 若儿童无健康保险且父母此前已填写**表格 B**，则在复核时持续未投保的儿童父母须重新填写**表格 B**：（《**无健康保险父母声明书**》）并交由服务协调员收集信息及存入儿童档案。
 - iv. 若儿童在参加早期干预计划期间持有健康保险，但在复核时发现失去原有保险，则其父母须填写（《**无健康保险父母声明书**》）（**表格 B**），在其上签署姓名并注明日期，服务协调员将收集表格信息录入州数据系统，并将表格存入儿童档案。
 - d. 服务协调员还须协助父母完成**表格 C**（工具包项目 6）（《**健康保险信息发布授权书**》）。
 - i. 父母签署此文件授权服务协调员及市政部门获取儿童保险信息。
4. 需从父母处获取由儿童初级保健医生出具的书面转介文件，作为早期干预服务医疗必要性的证明。
- a. 具体操作请参照**服务协调员健康保险职责**（工具包项目 1）及**向父母或初级保健医生收集书面转介信息**（工具包项目 7）中的指引。
 - b. 为此目的，请根据需要使用**表格 D**（工具包项目 8）《**初级保健医生书面转介表**》。
 - c. 需告知儿童早期干预服务提供者：已获取初级保健医生出具的书面转介文件以证明医疗必要性。
- *服务协调员须特别注意：经儿童个性化家庭服务计划批准的服务必须及时开展。即使尚未获取医疗必要性书面转介，也绝不可延迟服务。**
5. 服务协调员必须记录所有获取健康保险信息的努力及与家庭的相关沟通情况。获得的所有信息必须由服务协调员遵照以下步骤维护：
- a. 在每份填写完成的表格左上角注明儿童参考编号。
 - b. 若保险信息**无**变更，则至少每季度（或在必要时以更高频率）复核并在**表格 A**：（《**健康保险信息收集表**》）上签下姓名首字母。若健康保险信息变更则更新**表格 A** 并由父母签字注明日期。更新后的信息录入州数据系统并将表格存入儿童档案。
 - c. 在服务协调记录中记录所有获取保险信息的努力。
 - d. 将从父母处收集的保险信息（含 Medicaid、Medicaid Managed Care 和 Child Health Plus 保单信息）直接录入州数据系统。在与服务协调员或市政部门交换保险信息前，父母必须签署**表格 C**：（《**健康保险信息发布授权书**》）。
 - e. 从父母处收集全部保险信息收集后，服务协调员应将其录入州数据系统。
 - f. 所有已填写的保险表格副本须存入儿童档案。

父母健康保险通知书

在纽约州，早期干预服务必须免费向家庭提供。纽约州早期干预计划的支付体系包含使用公共健康保险（如 Medicaid 和 Child Health Plus）来报销早期干预服务费用。

2021 年 12 月 29 日，州长 Hochul 签署了法案 (A.5339/S.5560A)，显著改变了早期干预计划服务的索赔处理和支付方式。该法案建立了由健康保险计划评估资助的早期干预计划承保人群池 (Early Intervention Program Covered Lives Pool)。资金池内的资金用于支付 Medicaid 不承保的服务费用，这部分由市政部门和纽约州承担。索赔案件的账单将继续由 Medicaid（承保服务）和市政托管账户（不承保服务）支付。

Medicaid 与私人健康保险

如果您的家庭同时拥有私人健康保险和公共健康保险 (Medicaid)，早期干预服务的索赔付款将由公共健康保险 (Medicaid) 支付。

健康保险信息与儿童社会保障号码的收集

根据《纽约州公共卫生法》(PHL)：

您的服务协调员必须收集，而您必须提供关于您孩子健康保险承保范围的信息和文件，包括公共和私人健康保险。这些信息包括：健康保险政策或健康福利计划的类型、保险公司或计划管理方名称、保单或计划识别号、保单保险类型，以及向保险公司开具账单所需的其他任何信息。您的服务协调员将向您解释您的权利和责任，以及法律为家庭提供的保护。[NYCRR 第 10 编第 69 4.7(g)-(h) 节]

您的早期干预官员必须收集，而您必须提供您孩子的社会保障号码。这些信息将以安全保密的方式保存。[PHL§ 2552(2)]

纽约州保险保障

当使用公共健康保险支付早期干预服务时，《纽约州公共卫生法》(PHL) 和《纽约州保险法》(SIL) 可确保以下保护措施落实情况。

- 您孩子所需的早期干预服务将免费向家庭提供。**您无需为在早期干预计划中接受的任何服务支付自付费用（如免赔额或共付额）。早期干预计划将承担所有共付额和免赔额。[PHL§ 2557(1); PHL§ 2559(3)(b)]
- 您可获得的早期干预服务不会受到保险承保范围的限制。**即使您的保险不承保这些服务或您没有保险，早期干预官员也必须确保为孩子提供适当服务。[PHL§ 2552(1)]
- 使用公共健康保险（即 Medicaid）支付早期干预服务费用，不会影响孩子参加家庭和社区豁免计划的资格。**
- 即使您没有私人或公共健康保险，提供者也必须向您提供个性化家庭服务计划中的早期干预服务。**您不会被强制要求购买健康保险作为参与条件，但服务协调员可协助您申请公共福利。[PHL§ 2552(1); PHL§ 2559(1)]
- 健康支出账户/健康储蓄账户 (HSA) 是医疗储蓄账户，不被视为健康保险。**服务协调员不会收集这些账户的信息。

正当程序权利

父母有权通过正当程序解决争议。这些正当程序权利包括调解、公正听证会和/或提交州系统申诉的机会。所有方案自愿选择，父母无需支付任何费用。[34 CFR § 303.431, § 303.436, § 303.441, § 303.434; PHL § 2549; NYCRR 第 10 编第 69-4.17 节]

- 调解**是由社区争议解决中心经过培训的调解员开展的程序，协助各方就《残疾人教育法案》(Disabilities Education Act) C 部分规定的任何事项达成协议。请注意，调解程序不得用于拒绝或延迟父母获得公正听证的权利，或拒绝任何其他正当程序权利。
- 公正听证会**由听证官（卫生专员或指定人员指派的行政法官）开展，用于解决父母与早期干预官员之间的纠纷。如果评估人员发现儿童不符合服务资格，父母可以要求进行公正听证，但必须在儿童被认定不符合资格之日起六 (6) 个月内提出请求。
- 系统申诉**适用于父母或其他相关方认为主导机构、早期干预官员、服务协调员、评估人员或服务提供商未依法履职的情形。此项申诉须以书面形式提交至纽约州卫生厅早期干预局局长，并需在涉嫌违规行为发生之日起一 (1) 年内签署并送达。申诉副本须同时抄送儿童服务协调员、县早期干预官员及涉事服务提供者。

有关每个可用选项的更多信息，请参阅《父母早期干预计划基本指南》和早期干预局网页：health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/。如果您对本则通知中的信息有任何疑问，请咨询您的服务协调员或早期干预官员，或致电 518-473-7016 或发送电子邮件至 beipub@health.ny.gov 联系纽约州卫生厅早期干预局。

父母健康保险信息收集指南

《健康保险信息收集表》- 表格 A

《无健康保险父母声明书》- 表格 B

儿童健康保险信息：（表格 A）

在纽约州，早期干预服务必须免费向家庭提供。但是，纽约州的早期干预计划支付系统包括使用公共健康保险（如 Medicaid 和 Child Health Plus）来报销早期干预服务。

NYCRR 第 10 编第 69-4.7 节规定**服务协调员必须收集，而您必须提供关于您孩子健康保险承保范围的信息和文件，包括公共和私人健康保险**。这些信息包括：健康保险政策或健康福利计划的类型、保险公司或计划管理方名称、保单或计划识别号、保单保险类型，以及向保险公司开具账单所需的其他任何信息。您的服务协调员将向您解释您的权利和责任，以及法律为家庭提供的保护。

健康保险表格填写说明

服务协调员可协助您完成必要表格：

- 请确保完整准确地填写所有必填表格。
- 服务协调员须至少每季度与您复核保险信息。如果您的健康保险发生变化，或者您不再拥有健康保险，您将需要填写更新的表格。

若保险状态变更，请立即告知服务协调员并更新表格。

《健康保险信息收集表》（表格 A）

如果您的孩子有两份或多份健康保险单，您必须提供每份保险单的信息（见下文示例）。

- 若您的孩子有两份不同的私人健康保险单，您将提供两份保险单的信息。
- 若您的孩子有 Medicaid 和私人健康保险，您将提供 Medicaid 儿童识别号 (CIN) 和私人健康保险信息。
- 若您的孩子参加了 Medicaid Managed Care，Medicaid 儿童识别号 (CIN) 和 Medicaid Managed Care 保险公司信息都将记录在保险信息部分。
- 若您的孩子拥有 Medicaid Managed Care 和私人健康保险单，您将提供 Medicaid 儿童识别号 (CIN)、Medicaid Managed Care 保险公司信息以及私人健康保险单信息。

正当程序权利

父母有权通过正当程序解决争议。这些正当程序权利包括调解、公正听证会和/或提交州系统申诉的机会。所有方案自愿选择，父母无需支付任何费用。[34 CFR § 303.431, § 303.436, § 303.441, § 303.434; PHL § 2549; NYCRR 第 10 编第 69-4.17 节]

- **调解**是由社区争议解决中心经过培训的调解员开展的程序，协助各方就《残疾人教育法案》(Disabilities Education Act) C 部分规定的任何事项达成协议。请注意，调解程序不得用于拒绝或延迟父母获得公正听证的权利，或拒绝任何其他正当程序权利。
- **公正听证会**由听证官（卫生专员或指定人员指派的行政法官）开展，用于解决父母与早期干预官员之间的纠纷。如果评估人员发现儿童不符合服务资格，父母可以要求进行公正听证，但必须在儿童被认定不符合资格之日起六 (6) 个月内提出请求。

服务协调员健康保险工具包 (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

《健康保险信息收集表》- 表格 A (Collection of Health Insurance Information - Form A)

健康保险工具包项目 4 - 表格 A

儿童参考编号 _____

儿童姓名 _____

出生日期 _____ 儿童性别 男性 女性

主要保险信息

保险公司/计划名称 _____

保险公司账单地址 _____

保单/身份证 (ID) 号码 _____

儿童会员 ID (如果不同) _____

团体号码 _____

保单持有人姓名 _____

保单持有人出生日期 _____

保单持有人地址 _____

保单持有人电话号码 _____

保单持有人与儿童的关系 _____

其他保险 (如果适用)

保险公司/计划名称 _____

保险公司账单地址 _____

保单/身份证 (ID) 号码 _____

儿童会员 ID (如果不同) _____

团体号码 _____

保单持有人姓名 _____

保单持有人出生日期 _____

保单持有人地址 _____

保单持有人电话号码 _____

保单持有人与儿童的关系 _____

Medicaid 客户识别号码 (CIN) (如果适用) _____ (2 个字母、5 个数字、1 个字母)

父母/法定监护人签名 _____ 日期 _____

请注意: 如果可填写的《健康保险信息收集表》包括家长/监护人的电子签名, 则该签名还必须包含电子签名验证标记 (可通过 Adobe Acrobat、DocuSign 等应用程序获得), 其中包括表格上的签名日期和时间。如果没有这种保障, 则必须打印《健康保险信息收集表》, 以便家长/法定监护人在纸质副本上签字同意。

保险信息必须至少每季度复核一次, 并在儿童保险状态变更时及时更新:

保险信息复核: 日期 _____ 姓名首字母 _____ 无变更 新表格

保险信息复核: 日期 _____ 姓名首字母 _____ 无变更 新表格

保险信息复核: 日期 _____ 姓名首字母 _____ 无变更 新表格

保险信息复核: 日期 _____ 姓名首字母 _____ 无变更 新表格

保险信息复核: 日期 _____ 姓名首字母 _____ 无变更 新表格

服务协调员健康保险工具包 (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

《无健康保险家长声明书》- 表格 B (Parent Attestation of No Health Insurance - Form B)

健康保险工具包项目 5 - 表格 B

儿童参考编号 _____

(如适用)

儿童姓名 _____

出生日期 _____

本人 _____ (请用正楷书写姓名)，即上述儿童的父母和/或法定监护人，证明截至今日，该名儿童没有健康保险。本人知悉，指定的早期干预计划服务协调员必须协助我确定和申请该名儿童可能有资格获得的健康保险。本人同时知悉，该名儿童无需购买健康保险即可享受早期干预计划服务。

父母/法定监护人签名 _____ 日期 _____

请注意：如果可填写的《无健康保险家长声明书》包括家长/监护人的电子签名，则该签名还必须包含电子签名验证标记（可通过 Adobe Acrobat、DocuSign 等应用程序获得），其中包括表格上的签名日期和时间。如果没有这种保障，则必须打印《无健康保险家长声明书》，以便家长/法定监护人在纸质副本上签字同意。

服务协调员健康保险工具包 (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

《健康保险信息发布授权书》 - 表格 C
(Authorization to Release Health Insurance Information - Form C)

健康保险工具包项目 6 - 表格 C

儿童参考编号 _____

根据纽约州 (NYS) 公共卫生法第 2559(3)(c) 节

参保人 (儿童) 姓名 _____

出生日期 _____

父母/法定监护人姓名 _____

保险公司名称 _____

保险计划名称/类型 _____

保险公司地址 _____

保险公司电话号码 _____

保单持有人姓名 _____

保单持有人地址 _____

保单/身份证 (ID) 号码 _____

儿童会员 ID 号码 _____

团体号码 (如适用) _____

服务协调员姓名 _____

服务协调员机构 _____

服务协调员地址 _____

服务协调员电话号码 _____

自治区 _____

我请求并授权将上述参保人的健康保险信息发布给本人子女及家庭的早期干预服务协调员、提供者、管理当地早期干预计划的市政当局以及纽约州卫生厅和/或其早期干预财务代理。

我授权上述各方和保险公司之间交换信息，以加快索赔进度并协助裁决根据早期干预计划提供的服务的索赔：

父母/法定监护人签名 _____ 签署日期 _____

请注意：如果可填写的《健康保险信息发布授权书》包括家长/监护人的电子签名，则该签名还必须包含电子签名验证标记（可通过 Adobe Acrobat、DocuSign 等应用程序获得），其中包括表格上的签名日期和时间。如果没有这种保障，则必须打印《健康保险信息发布授权书》，以便家长/法定监护人在纸质副本上签字同意。

服务协调员指南： 向父母或初级保健医生收集书面转介信息 [PHL § 2559(3)(a)]

背景

服务协调员有责任从家庭收集儿童初级保健提供者 (PCP) 的书面转介，以记录医疗必要性。

公共卫生法 (PHL) § 2559(3)(a) 要求父母或法定监护人向市政当局和服务协调员提供初级保健提供者（例如医生、执业护士或医生助理）的书面转介，说明符合条件的儿童需要早期干预服务。

此要求：

- 仅适用于符合早期干预计划服务报销资格的儿童，
- 仅针对物理治疗、言语治疗、职业治疗及听力学等服务（服务协调和特殊指导等服务不在此列，这些服务不需要初级保健提供者的书面转介）；并且
- 不作为儿童接受早期干预服务的先决条件

表格

工具包内含转介表示例（**表格 D：《初级保健医生书面转介表》**），可在尝试获得转介时与儿童的初级保健医生沟通使用。该表格仅为示例。初级保健提供者可使用其自有转介表格

程序

在初次家访期间，服务协调员负责收集儿童的健康保险信息。服务协调员必须至少每季度与父母一起复核一次健康保险信息，并在发生任何变更时更新所需表格和州数据系统中的健康保险信息。

如果儿童持有健康保险，服务协调员将采取以下步骤：

- 服务协调员与父母讨论是否需要获取儿童初级保健提供者出具的书面转介，以证实个性化家庭服务计划中批准服务的医疗必要性。服务协调员在向父母解释此步骤的必要性时，可参考工具包中的示例（**表格 D：《初级保健医生书面转介表》**）
- 服务协调员填写转介表顶部框中的信息，并在表格底部的相应框中列出儿童个性化家庭服务计划中的服务。如果父母无法从初级保健提供者那里收集书面转介，服务协调员应在征得父母同意的情况下联系初级保健提供者，并将转介表示例转发给初级保健提供者，以促进这一流程。可能需要跟进初级保健提供者的电话以收集书面转介。
- 从初级保健提供者处获得签署后的转介表后：
 - 服务协调员将此信息记录在州数据系统中。
 - 服务协调员通知儿童的早期干预计划提供者，已从儿童的初级保健提供者处获得书面转介，可用于记录索赔的医疗必要性。可根据要求将此表格发送给提供者。
 - 服务协调员将填写完毕的书面转介表归档并保存在儿童的记录中。

重要信息

- 书面转介文件原则上应来自儿童本人的初级保健医生；若儿童无固定保健医生，则可由任何熟悉其健康状况的初级保健医生出具。包括参与儿童早期干预资格评估的多学科团队中负责健康评估的从业者。
- 书面转介可以由医生、执业护士或医师助理提供。
- 每项承保服务仅需获取一次书面转介儿童参与早期干预计划期间，新增至个性化家庭服务计划的所有服务项目（除服务协调和特殊教育外）均需获取书面转介
- 根据 NYCRR 第 10 编第69-4.11(a)(10)(ii) 节开具的个性化家庭服务计划服务订单，可视同满足转介要求。若某项服务的订单由儿童的初级保健医生开具，或当儿童无固定保健医生时由熟悉其医疗状况的其他初级保健医生出具，则该订单可视为已满足该服务所需的初级保健医生转介要求。

如果家庭有健康保险，切记：

服务协调员负责确保从儿童的初级保健提供者处获得书面转介。对于参加了 Medicaid 或 Medicaid Managed Care 的儿童，必须出具书面转介。

请注意：此书面转介并非服务交付的必要条件，仅用于索赔目的。即使无法获得初级保健提供者的书面转介，也必须向儿童和家庭提供个性化家庭服务计划中的服务。在此类情况下，应在儿童档案和服务协调记录中的文件中反映无法获得儿童初级保健提供者的书面转介。在任何情况下，均不得以“未从初级保健提供者处取得医疗必要性证明”为由拒绝为儿童提供服务或延迟提供服务。

服务协调员健康保险工具包 (Health Insurance Tool Kit for Service Coordinators)

初级保健医师书面转介表 (医疗必要性证明文件) – 表格 D
(Written Referral from Primary Health Care Practitioner
Documentation of Medical Necessity – Form D)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Early Intervention

健康保险工具包项目 8 – 表格 D

儿童参考编号 _____

根据纽约州 (NYS) 公共卫生法第 2559(3)(c) 节

儿童姓名 (名字/中间名/姓氏) _____

儿童出生日期 _____

父母/法定监护人姓名 _____

电话号码 _____

服务协调员 _____

电话号码 _____

尊敬的初级保健医生：

根据《纽约州公共卫生法》第 2559(3)(a) 节规定，家长必须向早期干预计划提交由初级保健执业医师出具的书面转介文件，作为经多学科评估认定符合早期干预计划资格的儿童所需干预服务具有医疗必要性的证明文件。收集上述信息旨在促进相关服务的理赔流程。早期干预局特制定本表格，以确保转介文件的完整性与准确性。但是，您亦可选择提供其他表格，但须确保包含所有必备信息感谢您提供以下要求的信息。

患者评估与相关病史

诊断信息 (包含确诊病症或发育迟缓情况，以及对应的《国际疾病分类》(ICD) 代码)，用以证明参与早期干预计划服务的必要性。

儿童个性化家庭服务计划 (IFSP) 中确定的早期干预计划服务

服务类型

频率/持续时间

事先授权号码 (仅供保险公司使用)

_____ 根据 IFSP _____

_____ 根据 IFSP _____

_____ 根据 IFSP _____

_____ 根据 IFSP _____

_____ 根据 IFSP _____

_____ 根据 IFSP _____

本人确认知悉，上述早期干预服务项目可能需要由具备资质的专业人员定期进行评估/复查，以监测儿童康复进展。

现转介 _____ (儿童姓名) 参与早期干预计划，获取其个性化家庭服务计划所确定的各项干预服务。

执业者签名 _____ (亲签) 日期 _____

执业者姓名 (印刷体) _____

电话号码 _____

执业者地址 _____

纽约州行医执照编号 _____ 全美医疗服务者识别码 _____

参加 MEDICAID MANAGED CARE 计划的儿童 MEDICAID 账单指南

在纽约州几乎所有郡县，儿童一旦获得 Medicaid 资格，即需加入 Managed Care 保险计划。早期干预服务分离自 Medicaid Managed Care。因此，早期干预服务索赔不向 Managed Care 保险公司提交，而是直接按服务收费模式向 Medicaid 计划申报。为确保索赔准确提交至 Medicaid，必须正确录入 Medicaid 及 Medicaid Managed Care 信息至州数据系统。

服务协调员和市政当局必须共同努力，确保州数据系统中包含信息的准确性，并在必要时尽快在州数据系统中更正儿童保单信息错误，避免未来将索赔案件错误提交至 Managed Care 保险公司。服务协调员必须根据需要进行与市政当局和家庭合作，以确定儿童健康保险和/或 Medicaid 承保范围的适当状态。

服务协调员负责至少每季度与家庭一起复核及更新儿童的健康保险信息，或在家庭的健康保险状态变更时随时复核与更新。对于参加 Medicaid 的儿童，服务协调员必须获取儿童的 Medicaid 客户识别号 (CIN)，并将此编号输入州数据系统以用于计费目的。此外，服务协调员必须验证其案件中所有获得 Medicaid 保险的儿童的 Medicaid Managed Care 计划信息。输入至州数据系统的信息必须与 eMedNY 系统中包含的信息保持一致。

服务协调员可使用自动按键式电话访问系统：Medicaid 资格验证系统 (Medicaid Eligibility Verification System, MEVS) 来验证 Medicaid Managed Care 状态。若儿童注册参与 Medicaid Managed Care 计划，MEVS 将识别 Managed Care 计划参与状态，并提供 Managed Care 计划名称、计划地址和计划电话号码。有关使用电话线的说明，请参阅以下链接中的 MEVS 快速参考指南：https://www.emedny.org/ProviderManuals/5010/MEVS%20Quick%20Reference%20Guides/5010_MEVS_Telephone_Quick_Reference_Guide.pdf

交易量较大的服务协调机构（每月超过 50 笔）可以通过基于计算机的应用程序 ePACES 获取相同的信息。有关访问/使用 ePACES 的信息，请致电 eMedNY 呼叫中心：1-800-343-9000。

此外，系统还提供各郡县的 Medicaid Managed Care 服务提供者信息，可查询各郡县提供 Medicaid Managed Care 计划的保险公司名录。信息可在以下链接中找到：http://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/pdf/cnty_dir.pdf

Medicaid 索赔规范要求提供儿童所有潜在保单信息。其中含 Medicaid Managed Care 计划的主保单信息。此项信息不在 Medicaid 索赔材料内将导致 Medicaid 拒绝赔付。

如果儿童参与的计划为 Medicaid Managed Care，则州数据系统中须同时记录 Medicaid 客户识别号 (CIN) 信息和 Medicaid Managed Care 保险公司信息。所有已填表格副本保存在儿童记录和州数据系统中。

有关将健康保险信息输入州数据系统的说明，请参阅《用户手册》和提供的《工作辅助手册》。

有关 Medicaid Managed Care 的更多信息（包括参保资格、除外条款或一般性说明），请访问纽约州卫生厅 Managed Care 网站：http://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/index.htm 或致电 Medicaid Managed Care 帮助热线：1-800-505-5678。