



## 承保證明書

此份承保證明書由伊利諾伊州的公司 Molina Healthcare of Illinois, Inc. 核發，該公司為一家健康維護組織，以下簡稱為「Molina Healthcare」。這份承保證明書代表會員已註冊，Molina Healthcare 應根據 Molina Healthcare HealthChoice Illinois 會員手冊中的條款，為會員提供及/或安排承保的醫療保健服務。

請詳讀此份會員手冊。該會員手冊中的多項條款彼此相互關聯，讀者若僅閱讀一兩項內容可能無法清楚理解內容。會員手冊條款包括但不限於以下相關資訊：

- 主治醫療提供者
- 婦女醫療保健提供者
- 會員服務
- 承保服務
- 非承保服務
- 緊急醫療
- 服務區域境外醫療
- 專科照護
- 投訴、申訴與上訴

會員手冊中有許多用詞有特殊含義。此類用詞會以大寫字母標註，並會註明其定義。您必須使用這些定義方能清楚瞭解手冊內容。

Molina Healthcare HealthChoice Illinois 手冊會遵照 Molina Healthcare 與伊利諾伊州醫療保健和家庭服務部 (HFS) 的共同協定進行修訂、修改或終止，而無須取得任何會員同意。作出變更後，我們會盡快通知會員變更內容。會員選擇 Molina Healthcare 的醫療保健承保，即代表同意此份會員手冊中的所有條款與條件。

本承保證明書由 Molina Healthcare 正式授權管理人員於以下指定日期執行，此證明書承保範圍將於該會員的 Molina Healthcare 身分識別卡上的生效日期開始生效。

A handwritten signature in cursive script that reads 'Pamela Sanborn'.

2017 年 10 月 18 日

---

Pamela Sanborn  
Molina Healthcare of Illinois, Inc. 計劃總經理

---

日期

## 承保說明

1999 年的管理式醫療改革與患者權益法案 (Managed Care Reform and Patient Rights Act) 確定了保戶醫療保健計劃權益。權益內容包括：

- 您的醫療保健計畫可支付的急診室就診種類
- 專科醫師（網絡內外）就診方式
- 提出投訴及對醫療保健計劃決策提出上訴（包括外部獨立審核）的方式
- 取得關於您的醫療保健計劃相關資訊的方式，包括與提供者進行財務安排的一般資訊

我們鼓勵您親自審核並熟讀附件承保說明工作表中的相關主題與其他福利資訊。因為承保說明並非法律文件，如需完整福利資訊請參閱您的會員手冊，或撥打下頁的免費電話聯絡 Molina Healthcare。若您的承保說明與會員手冊內容有不一致之處，請以承保說明為準。

如需一般協助與資訊，請聯絡伊利諾伊州保險部消費者健康保險辦公室 (Insurance Office of Consumer Health Insurance)，電話號碼為(877) 527-9431。請注意消費者健康保險辦公室無法提供具體計劃資訊。如需此類資訊，請直接洽詢您的醫療保健計劃。

如需其他服務相關資訊，請洽會員服務部，電話號碼為 (855) 687-7861；服務時間為星期一到星期五早上 8 點到下午 5 點，或造訪網站 [www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com)。

（來源：伊利諾伊州 6879 號法規第 34 項修訂案，自 2010 年 4 月 29 日生效）

## 承保說明工作表

醫療保健計劃： Molina Healthcare of Illinois  
 計劃名稱： HealthChoice Illinois  
 地址： 1520 Kensington Road, Suite 212  
 Oak Brook, IL 60523  
 免費電話號碼： (855) 687-7861

承保說明				
基本資料	您的醫生	主治醫師應在註冊時選擇。女性也可選擇婦女醫療保健提供者 (WHCP)。如需變更，請致電會員服務部。		
	年度自付額	無		
	自付費用	無		
	終身上限額度	無		
	投保前已罹患病症限制	無		
承保說明			健保計劃承保	您的支付金額
醫院內	住院治療天數	全部	100%	0%
	食宿	全部	100%	0%
	外科醫師費用	全部	100%	0%
	醫生看診	全部	100%	0%
	其他雜支	醫療上必要且合格的醫療服務，包括醫院提供的化驗、放射治療與用品。	100%	0%
	醫院服務 門診 住院	承保		100%
承保			100%	0%
緊急醫療	急救服務	醫療狀況嚴重程度足以使謹慎的非醫療人員認為若未立即給予醫療處理，可能會嚴重損害患者健康、對身體功能造成嚴重損傷，或導致任何人體器官或部位出現嚴重功能障礙。	100%	0%

承保說明			健保計劃 承保	您的 支付金額
緊急醫療 (續)	急救穩定後服務	在合格醫院中，由合格提供者為會員所提供的服務，此類服務應被判定為有醫療上的必要性，且應與穩定後的急救醫療狀況有直接關聯。	100%	0%
	急診牙科服務	承保	100%	0%
醫生診間	醫生門診	主治醫師與專科醫師	100%	0%
	例行體檢	承保	100%	0%
	診斷檢測與 X 光	承保	100%	0%
	疫苗接種	承保	100%	0%
	過敏治療與檢測	承保	100%	0%
	健康照護	承保	100%	0%
	年度成人健康檢查	承保	100%	0%
醫療服務	門診手術	承保	100%	0%
	產婦照護 住院照護 醫師照護	承保	100%	0%
		承保	100%	0%
	不孕症照護	不予承保		
	心理健康 門診 住院	承保	100%	0%
		承保	100%	0%
	藥物濫用 門診 住院	承保	100%	0%
		承保	100%	0%
	門診康復服務	承保	100%	0%
	高級實習護士服務	承保	100%	0%
	日間手術	承保	100%	0%
脊柱按摩服務	承保	100%	0%	
	限定 20 歲或 20 歲以下之會員接受脊柱推拿治療。  年滿 21 歲或 21 歲以上的會員不予承保。			

		承保說明	健保計劃 承保	您的 支付金額
醫療服務 (續)	EPSDT (早期與定期 篩檢、診斷及治療) 服務	承保	100%	0%
	家庭計劃服務與用品	承保 承保福利包括：  為 12 到 55 歲的女性進行年度 體檢，項目包括乳房檢查、 骨盆檢查與子宮頸抹片檢查。  妊娠檢測。  避孕相關服務，例如插入子宮內 避孕器 (IUD) 與植入式避孕法、 永久避孕法 (包括輸卵管結紮、 經子宮頸避孕與輸精管結紮 手術)。	100%	0%
	聯邦合格健康中心 (FQHC) 與鄉村衛生 診所 (RHC) 服務	承保	100%	0%
	護理機構服務	承保	100%	0%
	足科服務	承保	100%	0%
	預防性乳房 X 光攝影 與子宮頸癌 (子宮頸 抹片) 檢查。	承保 女性可自行轉診	100%	0%
	腎臟透析 (腎臟疾病)	承保	100%	0%
	專科醫生服務	承保	100%	0%
	言語治療服務	承保	100%	0%

		承保說明	健保計劃 承保	您的 支付金額
長期服務 與支援 (豁免服務)	<b>殘疾人士或愛滋病患者豁免</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 成人日間服務，</li> <li>• 成人日間服務交通，</li> <li>• 環境接近改造住家，</li> <li>• 家庭健康助理，</li> <li>• 間斷性護理、專業療養照護（註冊護士與持照實習護士），</li> <li>• 職業治療，</li> <li>• 物理治療，</li> <li>• 家務助理，</li> <li>• 送餐到府，</li> <li>• 個人助理，</li> <li>• 個人應急反應系統 (PERS)，</li> <li>• 喘息服務，</li> <li>• 特殊醫療設備與用品</li> </ul>	承保	100%	0%
	<b>創傷性腦部損傷豁免</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 成人日間服務，</li> <li>• 成人日間服務交通，</li> <li>• 環境接近改造住家，</li> <li>• 支援性就業，</li> <li>• 家庭健康助理，</li> <li>• 間斷性護理、專業療養照護，</li> <li>• 職業治療，</li> </ul>	承保	100%	0%

		承保說明	健保計劃 承保	您的 支付金額
長期服務 與支援 (豁免服務) (續)	<b>創傷性腦部損傷豁免 (續)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 物理治療，</li> <li>• 言語治療，</li> <li>• 職前服務，</li> <li>• 小兒康復 - 日間，</li> <li>• 家務助理，</li> <li>• 送餐到府，</li> <li>• 個人助理，</li> <li>• 個人應急反應系統 (PERS)，</li> <li>• 喘息服務，</li> <li>• 特殊醫療設備與用品，</li> <li>• 行為服務</li> </ul>	承保	100%	0%
	<b>年長者豁免</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 成人日間服務，</li> <li>• 成人日間服務交通，</li> <li>• 家務助理，</li> <li>• 個人應急反應系統 (PERS)</li> </ul>	承保	100%	0%
	<b>支援性生活機構豁免</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 護理服務</li> <li>• 個人護理</li> <li>• 給藥，監督並協助患者自行用藥</li> <li>• 洗衣</li> <li>• 家務管理</li> <li>• 維護</li> <li>• 社會與休閒計劃</li> </ul>	承保	100%	0%

		承保說明	健保計劃 承保	您的 支付金額
長期服務 與支援 (豁免服務) (續)	支援性生活機構豁免 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 輔助服務</li> <li>• 二十四 (24) 小時回應/安全員</li> <li>• 健康促進與運動</li> <li>• 急診電話系統</li> <li>• 每日檢查</li> <li>• 品質保證計劃</li> <li>• 居民資金管理 (如有)</li> </ul>	承保	100%	0%

		承保說明	健保計劃 承保	您的 支付金額
其他服務	耐用性醫療設備 (DME)	承保	100%	0%
	醫療用品	承保	100%	0%
	呼吸設備與用品	承保	100%	0%
	安寧療護	承保	100%	0%
	居家醫療保健	承保	100%	0%
	處方藥，包括處方會開立的非處方藥	承保	100%	0%
	牙科服務，包含口腔外科醫師 (年滿 20 歲或 20 歲以下)	承保福利。牙科服務，包含口腔外科服務、X 光、溝隙封填劑、補牙、牙冠、根管治療、義齒與拔牙。  洗牙 (每 6 個月 1 次)  牙科檢查 (每 6 個月 1 次)  適用部分限制	100%	0%



		承保說明	健保計劃 承保	您的 支付金額
其他服務 (續)	牙科服務 (年滿 21 歲 或 21 歲以上)	牙科服務，包含口腔外科服務、 X 光、補牙、牙冠、根管治療、 拔牙、義齒與義齒修復。  孕婦可享額外服務。服務內容包括 檢查、洗牙及深度清洗。  年滿 21 歲或 21 歲以上的會員可 獲得以下額外福利：  洗牙 (每 6 個月 1 次)  牙科檢查：(每 6 個月 1 次)  適用部分限制	100%	0%
	視力照護 (光學與 驗光師) 服務， 包括眼鏡	所有會員每年檢查一次，每兩年 可配一副眼鏡 (鏡片與鏡架)  0 到 20 歲的會員眼鏡更換沒有限制  年滿 21 歲或 21 歲以上會員僅限於 醫療必要時更換鏡片  若選擇核准鏡架選項以外的品 項，Molina Healthcare 每年提供 40 美元額度做為額外的眼鏡福利 (鏡片與鏡架)	100%	0%
	聽力 (聽力科) 服務，包括助聽器	承保	100%	0%
	言語治療服務	承保	100%	0%
	前往承保服務的交通	承保	100%	0%
	門診	為有特殊需求的保戶所提供的承保 福利	100%	0%

## 服務區域

Molina Healthcare of Illinois 為伊利諾伊州境內的郡縣提供 Medicaid 服務。Molina 將自 2018 年 4 月 1 日起會為伊利諾伊州內所有郡縣提供服務。

## 排除和限制

### 限制承保服務

- 出於保護孕婦的健康或生命之目的，或是因強暴或亂倫等狀況，可在必要時提供墮胎服務。
- 醫療保健計劃可在州與聯邦法律許可的前提下，提供絕育服務。
- 若醫療保健計劃提供子宮切除術，該計畫應填寫 HFS 1977 號表格，並將填寫完成的表格存檔至會員病歷中。

### 非承保服務

本計劃排除部分服務。以下內容為部分已被排除的服務項目。如需詳細資訊，請造訪我們的網站 [www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com)，或致電 (855) 687-7861 聯絡 Molina Healthcare 會員服務部。

以下為 Molina Healthcare 不承保的部分醫療服務與福利列表：

- 屬於實驗或試驗性質的服務
- 由網路外醫療提供者提供且未經您的醫療保健計劃核准的服務
- 未依規定轉介或事先取得授權的服務
- 選擇性醫美手術
- 不孕症醫療
- 任何不具醫療必要性的服務
- 由地方教育機構所提供的服務
- 早期介入服務，包括照護管理
- 由青少年康復服務相對基金 (Juvenile Rehabilitation Services Matching Fund) 提供資金的服務
- 類似輔助自殺的服務
- 因為被判監禁於精神病院，而由州立精神病院機構所提供的服務
- 針灸與生物回饋服務
- 尋找死因的服務（驗屍）

此份 Medicaid 或 Molina Healthcare 不承保服務清單可能會有不盡完整之處。如有疑問或需要詳細資訊，請洽會員服務部，電話號碼為 (855) 687-7861，服務時間為星期一到星期五早上 8 點到下午 5 點，或造訪網站 [www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com)。

### 預先認證與利用審查

針對非急診醫療，會員的主治醫療提供者 (PCP) 必須透過預先核准選擇性入院、門診手術與專科服務來參與並同意患者的住院。除了主治醫療提供者需預先核准選擇性住院外，住院治療還需要醫療保健計劃的醫療總監或指定的醫療服務使用管理 (UM) 部門代表授權。主治醫療提供者或專科醫師必須在符合承保證明書中所定義的醫療必要情況下，做出必要的住院、門診手術或其他服務的安排。

### 緊急醫療

狀況緊急時，會員應撥打 9-1-1 立即尋求醫療照護，或前往距離最近醫院的急診部門。具醫療必要性的急診服務，不論是否由參與本計劃的提供者所提供，皆會予以承保。由未參與本計劃的提供者所提供的具醫療必要性的穩定後醫療服務的承保條件是服務內容已預先取得 Molina Healthcare 核准，或是未參與本計劃的提供者出於善意，嘗試獲取 Molina Healthcare 對此類穩定後醫療服務的核准後一小時內 Molina Healthcare 未表示拒絕核准。

## 選擇主治醫師

會員必須從註冊時所提供的提供者名錄中，選擇主治醫療提供者 (PCP)。會員的主治醫療提供者是會員的醫療之家，負責提供與協調照護，並對專科照護與其他服務作出建議。會員如欲更改主治醫療提供者，應造訪網站 [www.MyMolina.com](http://www.MyMolina.com) 進行線上變更，或致電 Molina Healthcare 會員服務部，電話號碼為 (855) 687-7861。

## 專科照護取得方式

主治醫療提供者可針對具有醫療必要性的承保服務，為會員推薦參與本計劃的專科醫療提供者。若參與本計劃的專科醫師已事先取得 Molina Healthcare 的核准，會員便可於該專科醫師處就診獲得具有醫療必要性的承保服務。在某些情況下，參與本計劃的專科醫師可申請常設授權。

若 Molina Healthcare 認定需要授權專科醫師施行醫療必要性服務，但當前沒有參與本計劃的合格專科醫師，Molina Healthcare 可核准授權未參與本計劃之專科醫師提供服務，但該名專科醫師必須是伊利諾伊州醫療協助計劃提供者 (Medical Assistance Program Provider)。

女性會員除主治醫療提供者外，還可與在無需轉介的情況下向家庭醫師、產科/婦科醫師或婦女醫療保健提供者 (WHCP) 取得所有承保服務。處理任何婦女醫療保健提供者的申請時，Molina Healthcare 應依照醫療保健計劃中利用與品質保證流程與協定評估婦女醫療保健提供者是否符合主治醫療提供者的資格。

若醫療提供者已參與 Molina Healthcare 網絡，會員無需進行事先核准便可取得特定承保服務。此類服務內容包括急診服務、行為健康、視力與牙科照護。此外，會員可向網絡外醫療提供者獲取家庭計劃服務。

## 區域外承保

區域外承保僅適用於急診照護。一旦狀況穩定後，會員必須在醫療允許的情況下立即回到服務區，接受後續及/或追蹤性質的承保服務。

## 財務責任

會員無須為合格的承保醫療保健服務，或網絡內藥局或提供者所配發的處方藥或耐用性醫療設備支付任何共付額、自付額或額外費用。

## 繼續治療

根據特定情況，一名新會員若是正接受持續治療、處於懷孕第 2 期或第 3 期，或正在接受與懷孕後分娩直接相關的產後護理，可申請在承保生效日期後短時間內繼續在原本的提供者處就診（即使該提供者並未與 Molina Healthcare 簽約，仍然符合申請資格）。

若原本為現有會員服務的計劃內醫療提供者離開 Molina Healthcare 網絡，本醫療保健計劃會通知會員該提供者已離開 Molina Healthcare 網絡。根據特定情況，若原本為現有會員服務的計劃內醫療提供者離開 Molina Healthcare 網絡，且該提供者原本正持續為會員施行治療，或該提供者原本正為處於懷孕第 2 期或第 3 期的會員提供照護，此類會員可在收到提供者離開網絡的通知後申請短時間內繼續在該提供者處就診。

為了向會員提供由 Molina Healthcare 承保的醫療提供者服務，提供者必須同意 Molina Healthcare 的品質改善與利用計畫的政策、流程及付款方式。若申請的服務遭到拒絕，且會員想對此提出上訴，該會員必須在收到拒絕通知後的六十 (60) 天內提出申請。Molina Healthcare 會在收到所有核准需要的資料或是取得拒絕申請的特定理由後十五 (15) 個工作日內，以書面方式予以回覆。

## 申訴和上訴：

我們希望您對 Molina Healthcare 與我們的提供者所提供的服務感到滿意。若您有不滿之處，可提出申訴或上訴。

### 申訴

申訴是針對被拒絕、減少或終止服務或項目以外的任何事宜提出的投訴。

Molina Healthcare 非常重視會員的申訴。我們希望瞭解出錯之處，以提升我們的服務。若您想對醫療提供者或所接受的照護或服務的品質提出申訴，請立即聯絡我們。Molina Healthcare 制定有特殊程序以協助提出申訴的會員。我們會盡全力回答您的疑問或協助您解決疑慮。提出申訴並不會影響您的醫療保健服務或福利承保範圍。

提出申訴的狀況範例如下。

- 您的醫療提供者或 Molina Healthcare 職員未尊重您的權益。
- 您無法在適當時限內向醫療提供者約診。
- 您對所接受到的照護或治療品質感到不滿。
- 您的醫療提供者或 Molina Healthcare 職員對您無禮。
- 您的醫療提供者或 Molina Healthcare 職員未能留意您的文化需求或其他特殊需要。

您可致電會員服務提出申訴，電話號碼為 (855) 687-7861。您也可以書面方式將申訴內容郵寄或傳真到：

Molina Healthcare  
Attn: Grievance and Appeals Dept.  
1520 Kensington Road, Suite 212  
Oak Brook, IL 60523  
傳真：(855) 502-5128

請在申訴信函中盡可能提供相關資訊。例如註明事件發生的日期與地點、相關人員姓名與經過詳情。請務必註明您的姓名與會員身分編號。您可請我們協助您提出申訴，請撥打會員服務部電話 (855) 687-7861。

若您不會說英語，我們會為您提供免費口譯人員。申訴時請一併提出本申請。聽力受損的會員請撥打伊利諾伊州中繼服務電話 711。

在申訴過程中您可隨時要求由您認識的人員代表您，或代表您採取行動。該人員即為「您的代表」。若您決定指定某人代表您或代表您採取行動，請以書面方式告知 Molina Healthcare 您的代表的姓名與聯絡資訊。

我們會盡量立即解決您的申訴。若無法立即解決，我們會聯絡您告知詳情。

## 上訴

上訴是您要求審查我們行動的一種方式。若我們決定不核准某項申請的服務或項目，或某項服務遭到減額或終止，您便會收到我們發出的「行動通知」信函。此封信函會告知您以下內容：

- 採取的行動內容與相關原因
- 您提出上訴的權益與上訴方式
- 您要求召開州公平聽證會的權益與進行方式
- 您在特定情況下申請加急上訴的權益與進行方式
- 您在上訴期間要求繼續維持福利的權益、進行方式與必須支付此類服務的時機

您可能會不同意 Molina Healthcare 針對您所申請的服務或項目所做出的決定或行動。上訴是您要求審查我們行動的一種方式。您可在收到行動通知表格的 **六十 (60) 個日曆日** 內進行上訴。若您希望在上訴期間維持原本的服務，您必須在提出上訴時表明此要求，且必須在收到我們的行動通知表格後 **十 (10) 個日曆日** 內提出上訴。提出上訴的狀況範例如下表。

- 不核准或支付您的醫療提供者要求的服務或項目
- 終止之前核准的服務
- 未及時給予您服務或項目
- 未告知您可自由選擇醫療提供者的權益
- 未核准您的服務，因該項服務不屬於本公司網絡

### 有兩種提出上訴的方式。

- 1) 致電會員服務部：(855) 687-7861。若您是以電話方式提出上訴，必須在通話之後提交署名的書面上訴申請。
- 2) 郵寄或傳真書面上訴申請到：

Molina Healthcare of Illinois  
1520 Kensington Road, Suite 212  
Oak Brook, IL 60523  
傳真：(855) 502-5128

若您不會說英語，我們會為您提供免費口譯人員。上訴時請一併提出本申請。聽力受損的會員請撥打伊利諾伊州中繼服務電話 711。

### 是否有人協助您進行上訴流程？

您有幾種方式可取得協助。您可以：

- 請您認識的人協助代表您。例如您的主治醫療提供者或家人。
- 選擇法律專業人士代表您。
- 若您符合殘疾人士、創傷性腦部損傷或愛滋病的豁免資格，您也可聯絡 CAP（客戶協助計劃）以申請協助，電話號碼為 1(800) 641-3929（語音）或 1(888) 460-5111 (TTY)。

若要指定某人擔任您的代表，請 1) 發函告知我們您希望由別人代表您，並在信函中註明代表人員的聯絡資訊，或 2) 填寫授權代表上訴表格。您可在我們的網站 [www.MolinaHealthcare.com](http://www.MolinaHealthcare.com) 上取得此份表格。

## 上訴流程

我們會在收到您上訴後的三 (3) 個工作日內寄送確認函給您。我們會告知您我們是否需要進一步資訊，以及資訊的提供方式（親送或寄送書面資料）。

您的上訴會由與您的醫療提供者相同或相近專科的提供者進行審查。審查者不會由原本決定拒絕、減額或終止醫療服務的同一提供者擔任。

Molina Healthcare 會在收到您的上訴申請後十五 (15) 個工作日內，將我們的決定以書面方式發送給您。若我們在做出與您個案相關的決定前需要收集更多資訊，Molina Healthcare 可申請延長十四 (14) 個日曆日以做出決定。若您需要更多時間取得其他文件支持您的上訴，也可向我們提出延長申請。

我們會以電聯方式將我們的決定告知您，並將決定通知寄送給您與您的授權代表。決定通知會告知您我們會採取的行動與原因。

若 Molina Healthcare 的決定與行動通知相同，您則必須支付在上訴審查期間所接受之服務的費用。若 Molina Healthcare 的決定與行動通知不同，我們會核准立即開始提供服務。

上訴流程期間應注意的事項：

- 需要時，您可隨時向我們提供更多上訴相關資訊。
- 您可選擇查閱您的上訴檔案。
- Molina Healthcare 審查您的上訴時，您可選擇在場。

## 如何加急上訴？

若您或您的醫療提供者認定我們十五 (15) 個工作日的標準時間架構針對您的上訴進行決定，會嚴重損害您的生命或健康，您可以書面或電聯方式要求我們加急上訴。若您以書面方式提出申請，請附上您的姓名、會員身分編號、行動通知函日期、您的個案相關資訊與您要求加急上訴的原因。若我們需要進一步資訊，會在二十四 (24) 小時內通知您。您提供所有資訊後，我們會在二十四 (24) 小時內以電聯方式告知您我們的決定，並會寄送決定通知給您與您的授權代表。

## 如何撤回上訴？

您有權在上訴流程進行中隨時以任何原因撤回上訴。但是，您或您的授權代表必須以書面方式撤回上訴，所使用的地址應與提出上訴時使用的地址相同。撤回上訴會終止上訴流程，我們不會針對您的上訴申請做出任何決定。

Molina Healthcare 會發送通知給您或您的授權代表，確認撤回您的上訴。若您需要撤回上訴的進一步相關資訊，請致電 Molina Healthcare，電話號碼為 (855) 687-7861。

## 接下來呢？

您收到 Molina Healthcare 上訴決定書面通知後，無需再進行任何行動便可使您的上訴檔案結案。但是若您不同意我們對您的上訴所做的決定，您可在收到決定通知日的三十 (30) 個日曆日內要求舉行州公平聽證會上訴及/或要求對您的上訴進行外部審查。您可選擇要求進行州公平聽證會上訴與外部審查，也可選擇只進行其中一項。

## 州公平聽證會

如果您選擇州公平聽證會，您可要求在決定通知日起一百二十 (120) 個日曆日內舉行州公平聽證會上訴，但若您想延續服務，便必須在決定通知日起的十 (10) 的日曆日內要求對上訴舉行州公平聽證會。若您沒有贏得本次上訴，便須負責支付在上訴期間為您提供的服務費用。

州公平聽證會與 Molina Healthcare 上訴流程相同，您可要求某人代表您，例如請律師、親戚或朋友代您發言。若要指定某人擔任您的代表，請發函告知我們您希望由別人代表您，並在信函中註明代表人員的聯絡資訊。

要求舉行州公平聽證會的方法如下：

- 您所在地的家庭社區資源中心 (Family Community Resource Center) 會提供上訴表格供您申請舉行州公平聽證會，並會協助您完成填寫（若您有此需要）。
- 造訪網站 <https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals> 設定 ABE 上訴帳號，並於線上提交州公平聽證會上訴。如此可讓您在線上追蹤並管理自己的上訴進度，檢視州公平聽證會相關重要日期與通知以及提交文件。
- 若您想要針對您的醫療服務、項目或年長者豁免（社區照護計劃 (CCP)）服務提出州公平聽證會上訴，請將書面申請寄送到：

Illinois Department of Healthcare and Family Services  
Bureau of Administrative Hearings  
69 W. Washington Street, 4th Floor  
Chicago, IL 60602  
傳真：(312) 793-2005  
電子郵件：[HFS.FairHearings@illinois.gov](mailto:HFS.FairHearings@illinois.gov)

或請撥打 (855) 418-4421，TTY 電話：(800) 526-5812

- 若您想要針對心理健康服務或項目、藥物濫用服務、殘疾人士豁免服務、創傷性腦部損傷豁免服務、愛滋病豁免服務，或任何居家服務計劃 (HSP) 提出州公平聽證會上訴，請將您的書面申請寄到：

Illinois Department of Human Services  
Bureau of Hearings  
69 W. Washington Street, 4th Floor  
Chicago, IL 60602  
傳真：(312) 793-8573  
電子郵件：[DHS.HSPApeals@illinois.gov](mailto:DHS.HSPApeals@illinois.gov)

或請撥打電話 (800) 435-0774，TTY 電話：(877) 734-7429

## 州公平聽證會流程

此聽證會將由獲得授權可執行州公平聽證會的公平聽證官進行。您會收到聽證會辦公室所發送的信函，通知您聽證會舉行的日期、時間與地點。該封信函中也會提供聽證會相關資訊。請務必詳閱該信函。如果在網站 <http://abe.illinois.gov/abe/access/appeals> 中設定帳號，您便可透過 ABE 上訴帳號取得所有與您的州公平聽證會流程相關的信函。您也可上傳文件及檢視約定行程。

您會在聽證會舉行的至少三 (3) 個工作日前，收到 Molina Healthcare 的資訊。此份資訊中會附上我們會在本次聽證會中所呈列的所有證據。公平聽證官也會收到此資訊。您必須在聽證會舉行至少三 (3) 個工作日前，向 Molina Healthcare 與公平聽證官提供您會在聽證會上呈列的所有證據。其中包括會代表您出席的任何證人名單，以及您會用來支持上訴的所有文件。

如果您需要任何便利措施也請通知相關聽證會辦公室。您的聽證會可能會透過電話進行。所以，請務必於公平聽證會申請中提供在工作時間最能聯絡到您的電話號碼。聽證會可能會錄音。

## 延期

您可在聽證會進行期間或於聽證會進行之前提出延期申請（須有充足理由）。若公平聽證官同意延期，您與所有上訴相關人員都會收到書面通知，告知新訂的日期、時間與地點。應完成上訴流程的時間限制會依據延遲的時間長度加以延長。

## 無法出席聽證會

若您或您的授權代表無法依照通知的時間、日期與地點出席，且您並未以書面方式申請延期，您的上訴便會被駁回。若您的聽證會是以電話方式進行，而您無法在預定的上訴時間接聽電話，則您的上訴會被駁回。所有上訴相關人員都會收到駁回通知。

若您在收到駁回通知日的十 (10) 個日曆日內告知我們您是因以下原因無法出席，便可重新排定聽證會日期：

- 家人過世
- 個人受傷或生病，合理造成您無法出席
- 發生突然且無法預期的緊急狀況

若重新排定聽證會日期，聽證會辦公室會發函給您或您的授權代表告知新排定的聽證會日期，所有上訴相關人員都會收到副本。

若我們拒絕您重新排定聽證會日期的申請，您會收到我們拒絕您申請的通知信函。

## 州公平聽證會判決

相關聽證會辦公室會將最終行政判決以書面方式寄送給您以及所有相關人員。您也可透過 ABE 上訴帳號於線上取得判決結果。此最終行政判決僅可由伊利諾伊州的巡迴法院審查。巡迴法院許可提出此類審查的時間僅為收到此信函起的三十五 (35) 天內。若有任何疑問，請致電聽證會辦公室。



## 外部審查（僅適用於醫療服務）

您可選擇在收到 Molina Healthcare 上訴決定通知日的三十 (30) 個日曆日內，要求由不屬於 Molina Healthcare 的人員進行審查。此程序稱為外部審查。外部審查者必須符合以下規定：

- 是專業認證醫療提供者，且與您的醫療提供者專科相同或相近
- 目前正在執業中
- 在最終決定上不具有財務利益
- 不認識您，且不會在審查過程中知道您的身分

透過年長者豁免、殘疾人士豁免、創傷性腦部損傷豁免、愛滋病豁免或居家服務計劃所取得之服務的相關上訴無法提供外部審查。

### 您的信函必須要求採取外部審查行動，且應寄至：

Molina Healthcare of Illinois  
Attn: Appeals and Grievances Department  
1520 Kensington Road, Suite 212  
Oak Brook, IL 60523  
傳真：(855) 502-5128

### 接下來呢？

- 我們會審查您的申請，確認其是否符合外部審查資格。我們會花五 (5) 個工作日進行此項工作。如果您的申請符合這些要求，我們會發函告知。若您的申請符合要求，發送的信函上便會附上外部審查者的姓名。
- 自我們發函給您的日期起，您有五 (5) 個工作日的時間可將任何與您的申請相關的其他資訊寄送給外部審查者。

外部審查者會在收到完成審查所需要的所有資訊後五 (5) 個日曆日內，將其決定內容發函告知您及/或您的代表與 Molina Healthcare。

### 外部審查加急

若外部審查的正常時間架構會損害您的生命或健康，您或您的代表可要求**加急外部審查**。您可以電聯或書面方式提出此項申請。如欲以電聯方式要求加急外部審查，請撥打會員服務部免費電話，電話號碼為 (855) 687-7861。如欲以書面方式申請，請將信函寄送至以下地址。每項特定行動僅能申請一 (1) 次外部審查。您的信函必須要求採取外部審查行動。

Molina Healthcare of Illinois  
Attn: Appeals and Grievances Department  
1520 Kensington Road, Suite 212  
Oak Brook, IL 60523

## 接下來呢？

- 我們收到要求加急外部審查的來電或信函之後，便會立即審核確認您的申請是否符合加急外部審查的資格。若確實符合資格，我們會聯絡您或您的代表告知審查者姓名。
- 我們也會寄送必要資訊給外部審查者，使其可開始進行審查。
- 外部審查者會視您的醫療情況需要（但會在收到所有需要資訊後的兩 (2) 個工作日內）針對您的申請做出決定。外部審查者會將他們的決定結果以口頭方式告知您及/或您的代表與 Molina Healthcare。他們也會在四十八 (48) 小時內，將決定結果發函告知您及/或您的代表與 Molina Healthcare。