

歡迎來到 Molina 大家庭

醫療補助計劃手冊

Molina Healthcare of Illinois

HealthChoice Illinois

2018 年 1 月 1 日發行



MolinaHealthcare.com



Your Extended Family.

目錄

| | |
|----------------------------------|----|
| 歡迎加入 Molina Healthcare ! | 1 |
| 會員服務 | 1 |
| 語言幫助 | 1 |
| 口譯服務 | 1 |
| MyMolina.com..... | 1 |
| 意見與回饋..... | 1 |
| 長期服務和支援 (LTSS) 計劃一覽 | 2 |
| 資格 | 2 |
| 個案管理服務 | 2 |
| 護理機構服務 | 3 |
| 家庭和社區補助 | 3 |
| 自由選擇權..... | 6 |
| 個人協助服務 (PAS)..... | 7 |
| 權利與義務 | 8 |
| 您在 LTSS 計劃中的權利..... | 8 |
| 您在 LTSS 計劃中的義務..... | 9 |
| 回報虐待、忽視、濫用或非尋常事件 | 10 |
| 投訴和申訴 | 11 |
| 申訴..... | 11 |
| 投訴..... | 12 |
| 州立公平聽證會 | 14 |
| 外部審查急件 | 16 |

歡迎加入 Molina Healthcare !

本手冊包含伊利諾州人類服務部所提供的醫療補助服務與計劃須知。

會員服務

如果您有任何疑問，請致電 Molina Healthcare 會員服務部。您可於星期一至五上午八點至下午五點，撥打會員服務電話 (855) 687-7861 (TTY/伊利諾中繼服務 711)。

本手冊也可以在 www.MolinaHealthcare.com 網站上查閱。您也可以撥打會員服務電話 (855) 687-7861 或是 TTY 711，索取我們網站資訊的紙本。

語言幫助

本手冊也印有西班牙語版本。英文版與西語版都在我們的網站：www.MolinaHealthcare.com。您可撥打會員服務電話免費索取本手冊西語版紙本。對於聽力受損的會員，請致電伊利諾伊州中繼服務電話 711 以獲得免費幫助。

若您對於閱讀或理解本手冊或任任何 Molina Healthcare 資訊有問題，請撥打會員服務專線 (855) 687-7861 尋求協助。我們可以英文或您的第一語言口頭解釋所有資訊，也可以您的第一語言列印，或任何特定方式處理。這些服務均免費。

口譯服務

Molina Healthcare 提供需要的會員口譯服務、翻譯或是語言幫助。這些服務均免費。若您的醫生無法使用您的語言與您交談，或是沒有人可以您理解的方式與您談話，請聯絡 Molina Healthcare 尋求協助。

MyMolina.com

Molina Healthcare 會員可在 www.MyMolina.com 網站上獲得許多線上自助服務。MyMolina.com 全天候提供服務。您可使用 MyMolina.com 從事以下活動：

- 變更您的地址或電話號碼
- 找到 Molina Healthcare 網路供應商
- 變更主治醫師 (PCP)
- 申請新的身分證件
- 投訴

請上 www.MyMolina.com，點選「現在就註冊」，建立新帳號。

您的意見回饋對我們非常重要

Molina Healthcare 希望您獲得最高品質的照護。您對 Molina Healthcare 的滿意度對我們非常重要。我們非常重視您的意見，也非常歡迎您給予我們如何提供更好服務的建議。這可以讓我們的服務更進步。若您有任何建議，請撥打會員服務專線 (855) 687-7861 (TTY/伊利諾州中繼服務 711)。

長期服務和支援 (LTSS) 計劃一覽

資格

Molina Healthcare 無法決定您是否符合醫療補助或居家照護資格。資格認定隸屬於老化部或是人類服務部轄下的康復服務分部。若上述任一部門認定您符合資格，會要求您選擇一個醫療計劃。若您沒有選擇，將會指定一個計劃給您。

下列為上述各部門資格認定要求的部分條件：

- 伊利諾州居民
- 美國公民或是法律允許外籍居留人士
- 需求認定 (DON) 表格達到 29 分以上
- 符合需求的服務費用少於或等於在機構內照護服務的費用
- 在 Medicaid 申請過程中完全合作，並且保持符合資格

若您不符合或是無法維持相關單位標準的資格，您可能被移出補助名單。若相關單位發現您不再符合資格，會寄發通知給您，並告知移除名單日期。Molina Healthcare 也會受到通知。

關於伊利諾州替代居家照護之醫療補助計劃其他資訊，請造訪 <http://www2.illinois.gov/hfs/MedicalPrograms/HCBS/Pages/default.aspx>。

個案管理服務

Molina Healthcare 的長期服務與支持計劃是針對受到家庭與社區服務 (HCBS) 醫療補助計劃或是護理機構計劃認定符合資格之會員。個案管理師會在您登記時指派給您。您的個案管理師會與您、您的指定代理人或是您的監護人合作，幫助您認定您的需求，並提供符合需求的服務。

若您在年長者補助或是行動不便者補助名單上，您的個案管理師至少每三個月會探視您一次。若您在腦部受損補助名單上，您的個案管理師至少每個月會探視您一次。若您在HIV／愛滋補助名單上，您的個案管理師至少每個月會與您電話聯絡一次，至少每隔月會探視您一次。

若您居住於自家中，或是使用維生系統，您的個案管理師會每年完成評估訪視與服務計劃。若您居住於護理機構內，您的個案管理師會每六個月完成評估訪視與服務計劃。若您需要變更，您的個案管理師會探視您更多次。

在每次評估探視時，您的個案管理師會透過詢問您問題而更加了解您。他們會問有關您的強項。他們會問您可以做什麼以及需要什麼幫助。您的個案管理師會與您或您的指定代理人合作，由您決定符合您需求的服務。

若您居住於護理機構，您的個案管理師會核可您的長期照護居留。您的個案管理師會與您和您的指定代理人合作，以決定您是否可以回到社區服務與支持系統。若您居住於社區內，您的個案管理師會根據您的補助計劃，幫助您獲得符合需求的服務。

只要您是 Molina Healthcare 的會員並居住於護理機構或是在 HCBS 補助計劃內，即享有個案管理服務。

護理機構服務

護理機構 (NF) 有時有其他稱呼，像是照護之家、長期照護機構，或是專業護理機構。護理機構有合格證照提供專業護理或其照護服務。

這些機構可協助因為慢性病或行動不便而需要幫助與支持的居住者獲得醫療與非醫療服務。他們提供像是穿衣、沐浴使用廁所、用餐、洗衣或其他需求等任務。在護理機構內，工作人員會處理您的用藥，並為您訂購藥品。

若您居住於護理機構內，您會需要支付「共同負擔費用」或「病患信用存款」。人類服務部的個案工作人員會依您的年收入或支出來決定您的病患信用存款總額。若您有任何疑問，您的個案管理師會與您合作，深入了解您的病患信用存款。您將需要每個月給付護理機構病患信用存款。

家庭和社區服務與補助

家庭和社區服務 (HCBS) 讓您可以居住於自家中或其他類型的社區環境。您的個案管理師會與您、您的指定代理人或是監護人合作，找出正確的服務方式。並非所有的服務對您來說都適用。一旦您同意服務方式，您的個案管理師會為您安排。

以下為HCBS補助計劃。所提供的服務列於每個計劃旁邊。服務定義列於本清單最後。注意 – 若您入院或進入療養院，將不會再提供您這些服務。

| 補助計劃 | 服務 |
|--|--|
| 年長者補助 又稱為：高齡化補助或社區照護計劃 (CCP) | <ul style="list-style-type: none"> • 成人日間服務 • 成人日間服務交通 • 家務助理 • 個人應急反應系統 |
| 行動不便人士補助 又稱為：身障人士補助或家庭服務計劃 (HSP) | <ul style="list-style-type: none"> • 成人日間服務 • 成人日間服務交通 • 友善環境改造住家 • 送餐到府 • 家庭健康護理 • 家務助理 • 專業護理 • 間歇式護理 • 個人助理 • 個人應急反應系統 • 物理、職業與語言治療 • 暫時休息 • 特殊醫療設備與用品 |

| | |
|--|--|
| <p>腦部損傷人士補助 又稱為：腦傷補助、創傷式腦損傷 (TBI) 補助；或家庭服務計劃 (HSP)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 成人日間服務 • 成人日間服務交通 • 友善環境改造住家 • 送餐到府 • 家庭健康護理 • 家務助理 • 專業護理 • 間歇式護理 • 個人助理 • 個人應急反應系統 • 物理、職業與語言治療 • 暫時休息 • 特殊醫療設備與用品 • 支援就業 • 職前服務 • 日間康復 • 行為服務 |
| <p>HIV 或愛滋帶原者補助 又稱為：AIDS 帶原者補助或家庭服務計劃 (HSP)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 成人日間服務 • 成人日間服務交通 • 友善環境改造住家 • 送餐到府 • 家庭健康護理 • 家務助理 • 專業護理 • 間歇式護理 • 個人助理 • 個人應急反應系統 • 物理、職業與語言治療 • 暫時休息 • 特殊醫療設備與用品 |
| <p>支持式生活計劃補助 (SLP) 又稱為：支援生活機構補助 (SLF)</p> | <p>支援生活提供以混合居家與個人照護和支持服務的方式，代替傳統護理居家照護，包括以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 護理評估 • 間歇護理 • 藥物治療協助 • 個人護理 • 家務管理 • 洗衣 • 促進社交與健康之活動 • 個人應急反應系統 • 安適確認 • 維護 • 24小時全天候回覆／安全 • 用餐與點心 |

合適的設備

這項服務包括設備、控制與電器用品，特別設計用於照護計劃，讓會員可以增進日常生活行為能力，或是察覺與控制所生活之環境，以及與其溝通。

成人日間健康 – 又稱為 成人日間服務

這是為沒有住在支援生活機構的成人設計的日間社區照護計劃。成人日間服務在受保護的環境下，提供各式各樣社交、娛樂、健康、營養與相關支持服務。往返中心之間的交通與午餐也是服務的一部份。

行為服務

這些服務是行為治療，是設計來協助腦部受損的會員管理其行為與思考功能，增進他們生活自理的能力。

日間康復 – 又稱 康復

這項服務提供腦部受損的會員訓練其生活自理技巧，像是獲得、維持、改善其自助、社交與適應技巧。這項服務也幫助成員獲得或維持其最大功能層級。

個人應急反應系統

這項電子設備讓會員可以24小時全天候在緊急時刻獲得幫助。本設備與您的電話連結，只要按下救援按鈕，會就撥打到應變中心及／或其他形式協助。

友善環境改造

這些是會員家中環境具體改造。環境改造必須能支持會員的健康、福利與安全，讓會員能夠在自己家中更提高生活自理功能。若無環境改造，會員可能要求某種形式的機構居住安排，例如護理機構或是居住協助。

對於會員的健康或生活自理沒有幫助的環境改造，並不涵蓋在服務範圍內，例如新的毛毯、屋頂修補、中央空調或添購家用設備。

送餐到府

事先預備好送到會員家中的餐點可能包括冷凍餐或是重複加熱午餐與晚餐（或兩者都是），可放置冰箱中，之後再食用。這項服務是為了無法自行準備餐點但可自行進食的會員所設計的。

家庭健康護理

在醫師、護理師、理療師監督下的人員協助會員基本健康服務，像是幫助用藥、護理照護以及物理、職能或語言治療。

家務助理

透過仲介機構聘雇居家照護者。居家照護者協助家務，像是準備餐點、購物、少許家務與洗衣。照護者也可以協助需要親自動手的個人照護，像是個人衛生、沐浴、打理外表與餵食。

護理 - 專業

這項服務提供會員在家中有短期密集治療需求專業的護理服務，目的是為了復原與維持會員最大的功能與健康層級。我們提供這些服務，而非將會員安置入院或是護理機構。本服務需要經過醫囑。

護理 - 問歇

本服務重點在長期需求，而非短期密集治療需求。例如每週注射胰島素或是監督／提醒無法自理的會員用藥。我們提供這些服務，而非將會員安置入院或是護理機構。本服務需要經過醫囑。

個人助理

居家照護者由會員雇用與管理。會員必須能以雇主身份管理不同部分，像是雇用照護者、管理照護時間、遞交時數表與完成其他雇主需要完成的文件。

居家照護者協助家務，像是準備餐點、購物、少許家務與洗衣。照護者也可以協助需要親自動手的個人照護，像是個人衛生、沐浴、打理外表與餵食。個人助理也可包括其他獨立直接照護者，像是註冊護士、持牌執業護士與居家健康協助。

物理、職能與語言治療 – 又稱復健服務

這些服務是設計來改善或恢復個人行為功能，包括物理治療、職能治療、及／或語言治療。

職前服務

這項服務是為了腦部受損的會員所設計，提供工作經驗與訓練，協助其發展在一般工作場合中所需之必要職能。服務範圍包含概念教導，例如服從、出席、完成任務、解決問題與安全。

暫時休息服務

本服務提供照護會員所有需求、沒有收入的家人或是主要照護者可以休息的空間。代班的照護者在家人或主要照護者缺席時，協助會員日常需求。代班照護者可以是家事管理員、個人助理、護理師，或在成人日間健康中心內。

支援就業

支援就業包括必要的活動，讓獲得醫療補助服務的個人能維持有薪工作，這些活動包括監督與訓練。

支援生活計劃 – 又稱 支援生活機構或服務

附協助居處是提供會員許多支持服務的居住選項，為的是符合會員 的需求，幫助會員儘可能保持自主生活能力。符合這些需求的支持服務例如：家務整理、個人照護、用藥監督、購物、餐點與社交計劃。支援生活不提供複合醫療服務或支持。

自由選擇權

您可選擇護理機構安置或是家庭和社區服務。您也有權選擇不要獲得服務。您可選擇想要的供應商／代辦公司提供您長期服務與支持。

由復健服務分部、保健與家庭服務部和老化部所認可的代辦公司清單，在您所屬區域為您提供服務，會由您與您的 Molina Healthcare 個案管理師一起評估。

您的 Molina Healthcare 個案管理師會與您一起合作，參與您的服務計劃發展，並選擇符合您需求的服務與供應商。您會收到每項服務計劃與任何計劃後續變更的副本。您所獲得的服務是來自您服務計劃上所列之需求，並不包含您家中任何其他個人的需求。

個人助理服務

根據您的補助計劃，您可選擇個人助理 (PA) 服務。

若您選擇使用個人助理服務，您有權要求可能雇用的員工進行犯罪記錄背景檢查。家庭服務計劃會支付背景檢查費用，這並不會影響您的服務。

您需要負責雇用、管理，必要時解僱您的個人助理。

您會收到會員（顧客）資料袋與個人助理（員工）資料袋。您需要將文件副本存放在會員資料夾內。

若您雇用私人助理，您有責任確保下列：

- 在開始雇用私人助理前，您需要完成並遞交所有必要的文件到當地家庭服務計劃辦公室。包括在會員與個人助理資料袋內的資訊。
- 您需要選擇一名有生理能力可根據您指示進行任務的私人助理，而該私人助理沒有因為工作要求而加重的醫療狀況。
- 您需要提供一份您的 Molina Healthcare 服務計劃副本，並與您的私人助理一同詳閱，讓他們了解您的需求，以及核准的時數。
- 您會與您的私人助理一起檢視時數表，確認所有資訊正確無誤，而後由私人助理繳交時數表。只有核可的實際工作時數才會支薪。
- 時數表不可事先簽名，也不能在付款期間的最後一天前繳交。
- 在私人助理聘用截止時，完成私人助理的雇用最後工作日表格（在您的資料袋內），寄送到家庭服務計劃辦公室。
- 若私人助理工作時因任何事故受傷，必須在24小時內通知家庭服務計劃辦公室。
- 在您通知家庭服務計劃辦公室後24小時內，完成送交供應商的事務報告（在您的資料袋內），郵寄或傳真到辦公室。

若您在工作地點或是度假時需要個人助理，必須事先聯絡您的 Molina Healthcare 個案管理師，提出請求，等待付費服務核准。

身為 Molina Healthcare 長期服務與支持計劃的會員，您必須遵守權利與義務。

您的權利

反歧視行為聲明

您不可因為種族、膚色、國族、宗教、性別、祖先、婚姻狀況、身體或心理障礙、非榮譽除役或年齡等因素而受到歧視。

若您感覺受到歧視，您有權對 Molina Healthcare 提出正式申訴，打電話、傳真或寄信給我們：

電話：(855) 687-7861

傳真：(855) 502-5128

郵件地址：Molina Healthcare

Attn: Grievance and Appeals Dept.

1520 Kensington Road Suite 212

Oak Brook, IL 60523

若您無法親自打電話，可由別人代勞。若您無法親自寫信，可由別人代勞。

保密

所有關於您與您的個案訊息皆受到保密，僅可用於和計劃中治療、付款與運作直接相關，包括：

- 確立您初始與後續資格符合
- 建立您資產、收入與確認您的服務需求
- 尋找與確認符合您所需並可使用的服務與資源
- 確保您的健康與安全

有關您一切資訊皆無法用於其他目的，除非您簽署資訊發佈表格。

轉換至其他供應商／代辦中心

您可要求轉換到其他供應商。若您想要轉換，需要聯絡您的 Molina Healthcare 個案管理師，以協助您安排轉換。

暫時改變住處

若您暫時居住於伊利諾州其他地點，要繼續接受服務，請聯絡您的 Molina Healthcare 個案管理師。您的個案管理師會協助您安排服務轉換到您暫居處。

服務計劃（非適用於服務計劃供應商）

您的服務計劃確立了服務類型、服務時數、服務提供的頻率與服務核準的日期。您的供應商無法變更您的服務計劃。若您需要變更服務，必須致電您的 Molina Healthcare 個案管理師，檢視您的需求，已變更您的服務計劃。

若您想要比您的服務計劃所允許更多服務，必須向您的供應商提出，要求其提供比您服務計劃上所列出的項目更多的服務，但您可能必須全額負擔這些額外服務的費用。

服務品質

若您不信任您的供應商／照護者遵循您的服務計劃，或是您的照護者沒有按照計劃到府服務，亦或您的照護者總是遲到，您應致電給照護者中介中心，向您照護者的上司反映。若問題沒有獲得解決，您應致電您的 Molina Healthcare 個案管理師。若問題依然無法獲得解決，您應致電 Molina Healthcare (855) 687-7861 以提出申訴。

您的責任

不可歧視照護者

您不可因為種族、膚色、國族、宗教、性別、祖先、婚姻狀況、身體或心理障礙、非榮譽除役或年齡等因素而歧視您的照護者。這是違反聯邦法律的行為。

變更報告

在您成為長期服務與支持計劃的一員後，必須報告您資訊的變更，包括：

| 變更 | 提報對象 |
|------------------------|----------------------------------|
| 變更您的服務或服務需求 | Molina Healthcare 個案經理 |
| 變更您的地址或電話號碼 即便為臨時變更 | Molina Healthcare 個案經理 登記代辦中心 |

財務收益

您的長期服務與支援計劃費用是由 Medicaid 醫療補助計劃支付的，這是聯邦與州提供資金的計劃，由伊利諾州保健與家庭服務部門 (HFS) 監督。聯邦法律允許 HFS，透過一般稱為「Medicaid 財產收回計劃」，收回 Medicaid 協助支付長期服務與支持。為了收回由您的 LTSS 服務支付的 Medicaid，HFS 可針對您的財產申請索賠，包括動產與不動產。

若您為已婚身分，HFS 無法在您的配偶過世後，針對您的財產聲請索賠。您的配偶可以保有您的房屋和其他動產與不動產，直到他／她死亡。HFS 可從您的財產中尋求與 Medicaid 為您的 LTSS 服務同等金額之賠償。欲知詳細資訊，請詢問您的 Molina Healthcare 個案管理師。

入院或進入照護之家

若您因任何理由住院、進入照護之家或其他機構，您或您指定的代理人需要立即或儘快在您進入上述機構時，通知您的 Molina Healthcare 個案管理師。當您在這些機構中，將無法獲得服務，但可以在您一返家即可立即恢復服務。通知您的 Molina Healthcare 個案管理師您出院的日期，讓我們可以確認您的服務需求。

若您住院或入住任何機構超過 60 個日曆日，您的居家與社區補助登記可能遭終止。（就支持式生活計劃而言，入住照護之家當日即是自動解除補助。）若您想要返家並需要服務，請聯絡您的 Molina Healthcare 個案管理師，協助您重新建立居家服務，並請求重新申請家庭與社區醫療補助。

離開住家

若您離開住家，LTSS 無法提供服務。若您因任何理由離開住家超過 60 個日曆日，您的個案會轉移至登記代辦中心，補助計劃可能會終止。

若您計劃離家，必須通知您的照護者／供應商您預定的服務何時需要提供，例如預約就醫、一般外出或是短期度假。通知您的照護者／供應商您何時不在家、計劃何時返家，讓他們可以在您一回家即可恢復服務。當您不在的這段期間，請將您的臨時電話號碼交給您的 Molina Healthcare 個案管理師，以免需要聯絡您。

您必須在服務交付時通力合作

為了協助您的照護者，您必須：

- 若您要離開住家，至少在您預計獲得服務的前一天通知您的照護者／供應商。
- 允許已授權的照護者進入您的住家。
- 允許照護者提供您在服務計劃內親自核準的服務。
- 請勿要求照護者提供比您的服務計劃更多或更少的服務。若您想要變更您的服務計劃，請致電您的 Molina Healthcare 個案管理師。您的照護者無法變更您的服務計劃，除非是服務計劃供應商。
- 您與家中其他人不可傷害或威脅要傷害照護者，也不可展示任何武器。

若未按照上述合作，可能導致您的 LTSS 服務暫時中斷，或是終止。您的 Molina Healthcare 個案管理師會與您和照護者合作，討論出個案管理合約，重新開始您的服務。

回報虐待、忽視、濫用或非尋常事件

健康照護工作者背景調查法適用於所有沒有證照、受聘僱於健康照護資方，以提供居家保健協助、護理協助、私人照護助理、私人責任護理協助、日間訓練人員等服務之個人，或是任何在相似之健康相關產業提供直接照護之個人。您可聯絡 公共健康部門，網址為 <http://www.idph.state.il.us/nar/> 或致電 (217) 785-5133，在聘僱之前查驗狀態，或是造訪金融和專業監管部門網站 <https://ilesonline.idfpr.illinois.gov/Lookup/LicenseLookup.aspx>，確認任何您想要聘用的證照執業護士 (LPN) 或註冊護士 (RN) 是否曾遭指控虐待、忽視或竊盜。

若您遭受虐待、忽視或剝削，應立即向您的 Molina Healthcare 個案管理師報告。您也應向下列基於您年紀或安置的代辦中心報告。所有報告都受到保護，也接受匿名檢舉。

- **照護之家熱線：(800) 252-4343**
伊利諾州公共健康照護之家熱線是專為檢舉醫院、護理機構、家庭健康代辦中心照護或缺乏照護病患所設置。
- **支持式生活計劃申訴熱線：(800) 226-0768**

- **成人保護服務：**(866) 800-1409 (TTY 電話 – (888) 206-1327) 伊利諾州長者保戶服務熱線是用來檢舉任何 18 歲以上成人遭受疑似虐待、忽視或剝削的專線。您的 Molina Healthcare 個案管理師會提供您兩本關於檢舉虐待、忽視與剝削的手冊。您隨時均可要求索取新的手冊。

伊利諾州所認定的虐待、忽視與剝削如下：

- **身體虐待** — 對年長者或行動不便人士造成身體疼痛或受傷。
- **性虐待** — 在對方無法理解、不同意、受威脅或生理受迫狀態下，與年長者或行動不便人士有任何碰觸、撫摸、性交或任何性行為。
- **情緒虐待** — 言語侮辱、威脅、騷擾或恐嚇。
- **限制行動** — 在醫療行為以外限制或隔絕對方與外界接觸。
- **非刻意忽略** — 照護者無法提供年長者或行動不便人士維持生命之所需，包括但並不限於食物、衣服、居所或醫療照護。
- **刻意剝奪** — 刻意否定年長者或行動不便人士用藥、醫療、居所、食物、治療設備或其他生理需求，因而令其暴露在生理、心裡危險或情緒傷害下，除非對方已明確表達放棄上述照護。
- **財務剝削** — 濫用或阻擋年長者或行動不便人士資源，造成對方損失，或是因此使他人受益。

申訴與上訴

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求。

您可致電會員服務部提出申訴，電話號碼為 (855) 687-7861 或 TTY 711。您也可以書面方式將申訴內容郵寄或傳真到：

Molina Healthcare of Illinois
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** 或 TTY 711。

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。授權代表指定申請表也可在 www.MolinaHealthcare.com 網站上獲得，或致電會員服務部，電話為 **(855) 687-7861** 或 TTY 711。

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

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

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

有兩種提出上訴的方式。

致電會員服務部：**(855) 687-7861** 或 TTY 711。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。

郵寄或傳真書面上訴申請到：

Molina Healthcare of Illinois
Attn: Appeals & Grievances
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。例如您的主治醫師或家人。
- 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 (800) 641-3929（語音）或 (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 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。若您寄信給我們，請註明身分編號、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 或 TTY 711。

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三十 (30) 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）。
- 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

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

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。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。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
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，或 TTY 711。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
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。



1520 Kensington Road, Suite 212
Oak Brook, IL 60523

MolinaHealthcare.com