



AVISO ANUAL 2026

Al ser miembro del CountyCare Health Plan, usted debe conocer sus derechos y responsabilidades, cómo usar sus beneficios y otra información importante para poder satisfacer sus necesidades de cuidado médico.

Para ayudarle a encontrar esta información de forma fácil y rápida, elaboramos este resumen.

CONTENIDO

- Sus derechos y responsabilidades
- Cómo usar su Manual para Miembros
- Qué contiene su Manual para Miembros

Sus derechos y responsabilidades como miembro de CountyCare

Al ser miembro de CountyCare, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Estos se encuentran en su [Manual para Miembros](#) de CountyCare y también los puede ver en línea visite <https://countycare.com/es/member-rights/>. Si prefiere que le envíemos por correo una copia impresa de los derechos y responsabilidades enumerados a continuación, llame a Servicios para Miembros al **312-864-8200 / 855-444-1661 (toll-free) / 711 (TTY/TDD)**, de lunes a viernes de 8:00 AM a 6:00 PM horas; y sábados de 9:00 AM a 1:00 PM horas (hora del centro) para solicitar una copia impresa.



Derechos de los Miembros:

- Ser tratado con respeto y dignidad en todo momento.
- Mantener la privacidad de la información personal de su salud y de su expediente médico, excepto cuando su divulgación sea permitida por la ley.
- Estar protegido de ser discriminado.
- Ser libre de cualquier forma de restricción o aislamiento para forzar, controlar o evitar represalias.
- Recibir información, incluyendo el Manual para Miembros de CountyCare, en otros idiomas y otros formatos como audio, impresión en letra grande o braille.
- Utilizar un intérprete cuando sea necesario.
- Tener una plática franca con su proveedor acerca de las opciones adecuadas o necesarias por razones médicas para el tratamiento de sus condiciones, independientemente del costo o la cobertura de los beneficios.
- Recibir información sobre opciones de tratamiento y alternativas disponibles. Esto incluye el derecho a preguntar una segunda opinión. Los proveedores deben explicarle su tratamiento de forma que usted lo comprenda.
- Recibir la información necesaria para estar involucrado en la toma de decisiones sobre su tratamiento y opciones de cuidado médico.
- Rechazar un tratamiento y ser informado sobre lo que puede sucederle a su salud si lo hace.
- Recibir una copia de su expediente médico y, en algunos casos, solicitar que sean modificados o corregidos.
- Elegir a su Proveedor de Cuidado Médico Primario (PCP, por sus siglas en inglés) de CountyCare. Puede cambiar de PCP en cualquier momento.
- Presentar una queja o apelación sobre CountyCare o el cuidado médico que haya recibido sin tener miedo de ser tratado mal o de ningún tipo de repercusión.
- Apelar una decisión tomada por CountyCare por teléfono o por escrito.
- Solicitar y recibir, en un periodo de tiempo razonable, información sobre CountyCare, así como sobre sus proveedores.
- Recibir información sobre los Derechos y Responsabilidades de los Miembros de CountyCare. Usted también tiene derecho a sugerir cambios en estas políticas.
- Recibir servicios del cuidado de la salud que cumplan con las leyes federales y estatales. CountyCare debe hacer que los servicios cubiertos sean accesibles para usted. Los servicios deben estar disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Responsabilidades de los Miembros:

- Tratar a su doctor y al personal del consultorio de manera cortés y respetuosa.
- Llevar consigo su Tarjeta de Identificación de CountyCare cuando vaya a sus citas con el doctor y a la farmacia a recoger sus medicamentos recetados.
- Ir a sus citas y llegar a tiempo a las mismas. Si no puede ir a sus citas, cancelarlas con anticipación.
- Proporcionar tanta información como le sea posible para que CountyCare y sus proveedores puedan brindarle el mejor cuidado médico posible.
- Conocer sus problemas de salud y participar lo más posible en la toma de decisiones sobre sus metas de tratamiento.

- Seguir las instrucciones y el plan de tratamiento acordado entre usted y su doctor.
- Informar a CountyCare y a su coordinador de cuidados si cambia su número telefónico o dirección.
- Informar a CountyCare y a su coordinador de cuidados si tiene otro seguro médico y seguir las reglas correspondientes.
- Leer su Manual Para Miembros para conocer cuáles servicios están cubiertos y si hay cualquier tipo de reglas especiales.

Acceso al Equipo de CountyCare

Asistencia en su idioma está disponible para revisar sus beneficios y acceso al cuidado de la salud llamando a Servicios para Miembros al **312-864-8200 / 855-444-1661 (toll-free) / 711 (TTY/TDD)**

Cómo usar el Manual para Miembros

Puede ver su Manual para Miembros en <https://countycare.com/es/member-resources/>. También puede llamar a Servicios para Miembros al **312-864-8200 / 855-444-1661 (toll-free) / 711 (TTY/TDD)** para pedir una copia impresa.

Su Manual para Miembros proporciona información sobre:

- Beneficios y servicios incluidos en la cobertura o excluidos de la misma
- Cómo CountyCare cubre todos los servicios de Medicaid medicamente necesarios
- Servicios de farmacia y cómo buscar la lista de medicamentos cubiertos
- Solicitudes de indemnización para servicios cubiertos o autorizados previamente
- Restricciones de los beneficios
- Cómo obtener ayuda con el idioma
- Cómo obtener información sobre los proveedores en nuestra red
- Cómo obtener servicios de cuidado médico primario
- Cómo obtener cuidado especializado, servicios de la salud del comportamiento y servicios de hospitalización

- Cómo obtener cuidado médico fuera del horario laboral
- Cómo obtener servicios de emergencia
- Cómo obtener cuidado médico fuera del área de servicio
- Cómo presentar una queja o apelación
- Cómo CountyCare revisa y añade nuevos procedimientos, medicamentos y dispositivos al plan de beneficios
- Cómo obtener servicios para la coordinación del cuidado médico e inscribirse en programas especiales de salud ofrecidos por CountyCare
- Disponibilidad de una revisión independiente y externa de las determinaciones finales de autorizaciones previas o apelaciones de CountyCare.

Declaración de no discriminación

La discriminación es ilegal. CountyCare cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

CountyCare no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

CountyCare:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes cualificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios o desea solicitar una copia impresa de los materiales, por favor comuníquese con los Servicios para Miembros de CountyCare: Teléfono: 312-864-8200 / 855-444-1661 (línea gratuita) / 711 (TDD/TTY).

Si cree que CountyCare no le brindó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Coordinador de quejas y apelaciones de CountyCare

Atte.: Departamento de Quejas y Apelaciones

Apartado postal 21153

Eagan, MN 55121

Teléfono: 312-864-8200/855-444-1661

(llamada sin cargo)/711 (TDD/TTY).

Fax: 312-548-9940

Sitio web:

<https://countycaremember.healthrioconnect.com/app/index.page?>

Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o a través de nuestro sitio web. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de quejas y apelaciones de CountyCare está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una demanda de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en línea a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos

200 Independence Avenue,

SW Sala 509F, Edificio HHH

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

English: ATTENTION: If you speak ENGLISH, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 312-864-8200/855-444-1661 (toll-free) / 711 (TTY).

Español/Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 312-864-8200 / 855-444-1661 / 711 (TTY).

中文/Chinese: 注意:如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 312-864-8200 / 855-444-1661 / 711。

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر:Arabic/عربي
اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك
بالمجان. اتصل 312-864-8200 / 855-444-1661 / 711
رقم هاتف الصم والبكم:

Polski/Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 / 711 (TTY).

Русский/Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 312-864-8200 / 855-444-1661 (toll-free) (телефон: 711).

Українська/Ukrainian: УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 312-864-8200 / 855-444-1661 (телефон: 711).

ગુજરાતી/Gujarati: સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 312-864-8200 / 855-444-1661 (TTY: 711).

Tiếng Việt/Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 312-864-8200 / 855-444-1661 (TTY: 1-711).

Français/French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 312-864-8200 / 855-444-1661 (ATS : 711).

한국어/Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 312-864-8200 / 855-444-1661 / 711. 번으로 전화해 주십시오.

हिन्दी/Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 312-864-8200 / 855-444-1661 (TTY: 711) पर कॉल करें।

বাংলা/Bengali: দৃষ্টি আকর্ষণ: আপনি যদি বাংলা ভাষায় কথা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ। কল করুন 312-864-8200 / 855-444-1661 (টোলমুক্ত) / 711 (TTY)।