



COUNTYCARE ACCESS 会员手册

会员服务: 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY)



欢迎加入 COUNTYCARE ACCESS

我们很高兴您能成为 CountyCare Access 会员。我们为您提供所需的医疗保健服务，全心全意为您的健康和福祉保驾护航。

恭喜您成为 CountyCare 的一员！CountyCare 是一家管理式医疗组织 (MCO)。我们与伊利诺伊州政府合作，为您提供所需的医疗保健帮助。参加 CountyCare 医疗保险除了享受与州 Medicaid 计划一样的福利外，您还可以获得我们的奖励计划等额外福利。本会员手册可帮助您获取相关信息。其中介绍 CountyCare 如何为您提供健康支持并帮助您获得医疗保健服务。

CountyCare Access 是 CountyCare 中的一项计划。它适用于获得伊利诺伊州医疗保健和家庭服务部批准，享受成人或老年人移民健康福利计划的人士。成人移民健康福利 (HBIA) 和老年人移民健康福利 (HBIS) 是针对伊利诺伊州移民的计划。该计划为年满 42 岁、居住时间不足 5 年的无证居民或永久居民提供医疗保健福利。

CountyCare Access 希望支持您拥有健康的生活方式，并要求您积极参与健康管理。您的医疗保健团队包括初级保健提供者 (PCP)、专科医生、医疗服务协调员、药剂师和您自己。

周一至周五上午 8:00 至下午 6:00；周六上午 9:00 至下午 1:00 (中部时间)，您可随时拨打 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 咨询 CountyCare 工作人员。

如果您有任何健康方面的问题，还可以随时致电 24 小时护士咨询热线 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系我们。**我们的专业护士可以用任何语言为您提供所需的协助。**我们的主要目标是确保您获得优质医疗保健服务。

本手册将介绍您的医疗福利。我们希望您阅读本资料包中的所有内容并记录遇到的任何问题。内容如下：

- 如何获得医疗保健服务
- 享有的福利
- 会员的权利和责任
- 相关联系人的信息

您可以在 www.countycare.com 上获取参保证明，也可以致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 向会员服务部索取副本。

**我们期待与您合作，满足您的一切
医疗保健需求。**

参加老年人移民健康福利 (HBIS) 和成人移民健康福利 (HBIA) 等管理式医疗组织的健康保险计划不计入公共负担测试。参加这些计划不会影响您的移民身份和移民申请。有关公共负担的更多信息，请访问[关于我们 — PIF-IL \(protectingimmigrantfamiliesillinois.org\)](http://protectingimmigrantfamiliesillinois.org) 网站或伊利诺伊州 - 公共负担、福利和移民 | 保留您的福利网站。您还可以致电 ICIRR 的家庭支持热线 (英语/西班牙语/韩语/波兰语) : 1-855-HELP-MY-FAMILY (1-855-435-7693)。

重要电话号码和联系信息

CountyCare 的正常办公时间为
周一至周五:上午 8:00 至下午 6:00 (中部时间)
周六:上午 9:00 至下午 1:00

| | |
|--------------|--|
| 紧急情况 | 911 |
| 会员和医疗服务提供者服务 | 312-864-8200 855-444-1661 (免费) 711 (TDD/TTY) |
| 会员服务传真 | 312-548-9940 |
| 医疗服务提供者服务传真 | 312-548-9940 |
| 24 小时护士咨询热线 | 312-864-3200 (选项 4, 选项 9) |
| 交通 | 312-864-8200 (选项 4, 选项 5) |
| 牙科福利 | 312-864-8200 (选项 4, 选项 3) |
| 眼科福利 | 312-864-8200 (选项 4, 选项 4) |
| 药房福利 | 312-864-8200 (选项 4, 选项 6) |
| 网站 | www.countycare.com |

如果您在阅读本手册时需要帮助或需要其他语言或格式(大字版、盲文、录音带或 CD)版本,请致电我们。

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

UWAGA: Je eli mówisz po polsku, mo esz skorzysta z bezp atnej pomocy j zykowej. Zadzwoń pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711 (TDD/TTY).

非工作时间和节假日

当您需要医疗建议时,您应该首先致电 CountyCare 初级保健提供者 (PCP),他们可以查阅您的医疗记录并为您提供个性化建议。如果您联系不上初级保健提供者 (PCP),则可致电 CountyCare 的护士咨询热线。我们的 24 小时护士值班电话是 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY)。我们的专业护士可以用任何语言为您提供所需的协助。

听障会员

请致电 711 联系伊利诺伊州转接中心。请接线员为您转接:312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY)。如果您就诊时需要手语翻译,请告知医生。如果医生没有手语翻译,请至少在就诊前 7 天致电我们,以便在您就诊期间安排一名译员提供服务。

便利服务

如果您使用轮椅、助行器或其他辅助工具，并且需要协助才能进入医生诊室，请在来之前致电我们。这样，在您到达时，有人会为您提供帮助。

语言帮助

CountyCare 每周 7 天、每天 24 小时提供语言帮助。其中包括节假日和周末。

如果医生不会说您的语言，或者没有人可以用您能听懂的方式与您交谈，请联系 CountyCare 寻求帮助。如果您在预约日期前 7 天通知我们，我们可以安排一名口译员陪您一起就诊。

如需帮您翻译健康保险福利和享受的服务，或者有任何问题需要协助，请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY)。

西班牙语

Para obtener el manual de miembros en español, ayuda a traducir su cobertura de beneficios de salud y los servicios disponibles, o para ayudar con cualquier pregunta, llame al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

波兰语

Aby otrzymania ten Podręcznik Uczestnika w języku polskim skontaktuj się z naszym biurem obsługi pod numerem telefonu 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711 (TDD/TTY).

其他

本会员手册还有其他语言版本。如需纸质文件，请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部。

CountyCare 的信件

作为尊贵的 CountyCare Access 会员，您会定期收到我们的来信。其中将包括：

- 在您成为 CountyCare Access 会员时，提供一份本手册的副本
- 我们致电您进行健康风险筛查
- 每四个月向您家邮寄一份简报

您还会收到电子邮件、短信或电话，提醒您需要接受的检查。

当我们向您致电或回电时，我们的员工始终会亮明自己的身份。

请务必将您的地址和电话号码告知 CountyCare 和公众服务部 (DHS) 办公室，以便我们确保您获得所需信息。

CountyCare 的网站

CountyCare 的网站可为您提供所需的帮助。我们的网站提供的资源、信息和功能可让您轻松获得优质医疗服务，比如：

- 会员手册 (保险/合同证明)
- 医疗服务提供者名录
- 最新新闻
- 会员自助服务功能
- 在线表格提交
- 健康信息
- CountyCare 计划和服务相关信息

我们的网址：www.countycare.com

CountyCare 的安全会员门户网站

CountyCare 拥有一个安全的会员门户网站，您可以：

- 变更初级保健提供者 (PCP)
- 打印临时 ID 卡
- 通过我们的安全消息系统向/从 CountyCare 发送/接收安全消息
- 获取个性化健康信息

要注册我们的安全会员门户网站，请访问 www.countycare.com。在这里，您将能够设置自己的门户网站帐户。只需提供 CountyCare Access 会员 ID 卡上的会员 ID 号即可。

目录

| | | | |
|-------------------|----|------------------------|----|
| 会员服务 | 5 | 牙科服务 | 17 |
| 会员 ID 卡 | 6 | 眼科服务 | 18 |
| 开放参保 | 6 | 行为健康和药物滥用服务 | 18 |
| 出诊 | 7 | 计划生育服务 | 19 |
| 医疗服务提供者网络 | 8 | 孕产服务 | 19 |
| 初级保健提供者 (PCP) | 8 | Brighter Beginnings 计划 | 19 |
| 专为女性服务的医疗保健提供者 | 8 | 药房服务 | 20 |
| 如何变更初级保健提供者 (PCP) | 9 | 交通服务 | 20 |
| 医疗服务的连续性和过渡 | 10 | 救护车运送 | 21 |
| 专科医疗服务 | 10 | 医疗协调 | 21 |
| 急救/即时医疗设施 | 10 | 人口健康管理计划 | 22 |
| 急救服务 | 11 | 医疗管理会员权利和责任 | 22 |
| 稳定后医疗服务 | 11 | 服务品质提高计划 | 23 |
| 24 小时护士咨询热线 | 11 | 接受者限制计划 | 24 |
| 州外医疗服务 | 11 | 预先声明 | 24 |
| 网络外医疗服务 | 12 | 申诉和上诉 | 24 |
| 预防性服务 | 12 | 权利和责任 | 29 |
| 费用分摊 | 14 | 欺诈、浪费和滥用 | 31 |
| 承保医疗服务 | 14 | 健康、安全、福利、报告和跟进事件 | 32 |
| 有限承保服务 | 14 | 定义 | 34 |
| 非承保服务 | 15 | 免责声明 | 35 |
| CountyCare 会员额外福利 | 15 | CountyCare 隐私惯例声明 | 36 |

COUNTYCARE

会员服务部

欢迎加入 CountyCare Access。

我们的会员服务部随时准备帮助您充分利用健康计划。

会员服务电话号码：

312-864-8200

855-444-1661 (免费)

711 (TDD/TTY)

营业时间：周一至

周五：上午 8:00 至下午 6:00

周六：上午 9:00 至下午 1:00

CountyCare 希望确保您拥有所有所需的健康计划相关信息。您可以联系会员服务部了解以下信息：

- 您的福利, 包含 CountyCare 提供的所有额外会员奖励
- 如何接受医疗保健服务
- 更新您的联系信息
- 索取新 ID 卡
- 选择或变更您的初级保健提供者 (PCP)
- 任何医疗保健服务所需的授权
- 护士咨询热线
- 如何获得急救服务
- 如何获得稳定后医疗服务
- 您作为 CountyCare Access 会员的权利和责任
- 如何提交申诉和上诉
- 公平听证程序
- CountyCare 的网址和在线提供的基本信息
- 我们的参保证明, 说明我们与伊利诺伊州政府签订了合同
- 我们的附属医疗服务提供者
- 提出问题或获取信息

本手册也提供大部分信息。更多信息请访问 CountyCare 网站：www.countycare.com。如果您需要帮助来获取此信息, 或者想要索取更多信息, 请随时联系 CountyCare 会员服务部: 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY)。CountyCare 每年都会通知您有权接收此基本信息。

您可以每周 7 天、每天 24 小时致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系 CountyCare。您可以在白天或晚上随时验证资格和拨打我们的护士咨询热线。

期待我们的欢迎电话

CountyCare 代表会在您参保后 30 天内致电欢迎您。他们还将回答您的任何问题并要求您完成健康风险筛查。

新参保者医疗过渡

如果您是 CountyCare Access 的新参保者, 并且正在接受 CountyCare 网络以外医疗保健提供者的治疗, 那么您可以在参加我们的计划 90 天后继续在该医疗服务提供者处就诊。只要该医疗服务提供者已获得伊利诺伊州认证并且您接受的是医疗必要服务, 我们就会承认所有服务。该医疗服务提供者还必须同意接受我们的付款。

请告知我们您正在就诊的任何非 CountyCare 医疗服务提供者。我们需要知道, 以便可以安排为您支付服务费用, 并尝试与他们签订合同, 这样您就可以在 90 天后继续在该医疗服务提供者处就诊。



会员身份 (ID) 卡

会员 ID 卡放在您的欢迎资料包中。请查看您的 ID 卡以确保信息正确无误。如果您的欢迎资料包中没有会员 ID 卡, 请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部。

请始终随身携带您的 CountyCare Access 卡。每次接受医疗服务时出示该卡。如果您未随身携带 ID 卡, 可能会在就医或开处方时遇到问题。如果您有其他健康保险卡, 也请随身携带。



卡正面



卡背面

请通知 CountyCare 并向我们提供您的最新信息。您可以致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系我们, 也可以致电 DHS 帮助热线 800-843-6154。

开放参保

每年您可以在称为“开放参保”的特定时间更改健康计划一次。伊利诺伊州客户参保服务部 (CES) 会在您的周年日前约 60 天向您发送一封开放参保信。周年日是从您的健康计划开始日期算起一年。在开放参保期间, 您可以在 60 天内致电 877-912-8880 联系客户参保服务部 (CES) 更改计划一次。您还可以访问 <https://enrollhfs.illinois.gov> 在线更改计划。如果您不想更改计划, 则无需执行任何操作, 您将继续参加 CountyCare Access。

60 天结束后, 无论您是否更改计划, 都会被锁定 12 个月。

如果您对 CountyCare Access 的参保或退保事宜有疑问, 请致电 877-912-8880 联系客户参保服务部 (CES)。

重新确定: 保留您的福利

重新确定是确保您仍然有资格享受 Medicaid 的年度流程。您将至少在重新决定日期前 30 天收到州政府邮寄的表格。一些会员的 Medicaid 会自动续保, 因此无需回复。他们收到的表格会注明续保。其他会员则需要回复。需要填写的表格会注明: “医疗福利: 续保时间通知。” 收到这些表格的会员必须在文件上列出的截止日期之前填写这些表格, 否则他们可能会失去 Medicaid 保险。

必须提交重新确定表格才能保留保险的会员有资格获得 40 美元的 CountyCare 奖励。

更新您的地址和电话号码

如果您的地址或电话号码发生变化, 请务必告知 CountyCare、您的案件受理人和伊利诺伊州公共服务部 (DHS)。

请务必确保伊利诺伊州政府拥有您当前的地址, 以确保您能收到续保文件。如果您搬家或有新的邮寄地址, 请致电 877-805-5312。

如果您对重新确定有疑问或需要帮助, 可以致电 CountyCare 的重新确定热线 312-864-REDE (7333)。

如果我失去保险会怎样?

如果您错过了重新确定截止日期并失去了福利, 您可以在 90 天内提交表格。如果州政府处理您的重新确定后发现您仍然符合资格, 则会恢复您的福利, 您应该重新参保。

会员满意度调查

您对 CountyCare 的满意度对我们非常重要。您可能会通过邮件或电话收到一份调查问卷, 询问您对我们的服务是否满意的问题。请拨冗回复。我们重视您的意见。这有助于 CountyCare 改进服务。

参保者咨询委员会

CountyCare 诚邀会员与我们会面, 交流意见。在这次会面期间, 会员可查看我们的资料和网站, 告诉我们对计划的看法。CountyCare 使用此信息根据会员需求更改计划。如果您想加入参保者咨询委员会, 请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY)。

出诊

CountyCare 致力于为您提供及时的医疗保健服务。我们与医疗服务提供者合作, 严格遵循质量标准。这些标准规定医疗服务提供者在您预约后的合理就诊时间。

安排预约

请务必按预约时间接受所有就诊、实验室检查或 X 光检查。如果您需要预约方面的帮助, 请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部。

当您需要医疗服务时, 请先致电初级保健提供者 (PCP)。初级保健提供者 (PCP) 会帮助您管理所有健康服务。如果您认为需要在专科医生或其他医疗服务提供者处就诊, 请咨询初级保健提供者 (PCP)。初级保健提供者 (PCP) 可以帮助您决定是否需要去其他医疗服务提供者处就诊。您无需初级保健提供者 (PCP) 的转介就可接受心理健康或药物滥用治疗。

网络内医疗服务提供者会在合理时间开放。您将根据自己的医疗需求进行预约。您应在以下时间范围内成功预约。

重要提示: 如果您无法按预约就诊, 请至少提前 24 小时致电医生办公室取消该预约。如果您需要更改预约, 请尽快致电医生办公室。他们可以为您重新预约时间。如果您需要预约方面的帮助, 请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部。

| 初级保健提供者 (PCP) 预约方式 | 就诊标准 |
|--------------------|-------------------------------|
| 常规就诊 | 5 周内 |
| 非急救就诊 | 3 周内 |
| 急救就诊 | 24 小时内 |
| 急诊 | 即时, 每周 7 天, 每天 24 小时, 无需事先授权 |
| 初诊, 怀孕会员 | 怀孕前期: 2 周 怀孕中期: 1 周 怀孕后期: 3 天 |
| 非工作时间 | 每周 7 天、每天 24 小时 |
| 在办公室等待 | 预约后一小时内 |

初级保健提供者 (PCP) 下班后

初级保健提供者 (PCP) 提供 24 小时电话接听服务或有电话录音。电话接听服务或录音会指导您如何在正常办公时间以外时间接受医疗服务。

如果您有医疗问题或疑问,并且无法在正常办公时间联系初级保健提供者 (PCP),则可以致电 CountyCare 的 24 小时护士咨询热线:312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系护士。如果您遇到紧急情况,请致电 9-1-1 或前往最近的急诊科。

接受医疗所需时间/距离

CountyCare Access 会员可在 30 分钟时间或 30 英里路程内享受初级保健提供者的服务。CountyCare Access 会员可以致电会员服务部:312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY), 帮其查找当地的初级保健提供者 (PCP)。会员在选择初级保健提供者 (PCP) 或专科医疗服务提供者时可以选择超出距离标准的行程。

居家会员

如果会员居家或有严重行动限制, CountyCare 会让有适当授权的医疗保健提供者上门出诊。如果您需要此项服务,请联系 CountyCare。

医疗服务提供者网络

医疗服务提供者网络是与健康计划签约、为会员提供医疗保健服务的一系列医生、专科医生、诊所和医院。CountyCare 拥有庞大的医疗服务提供者网络供您选择。您可以通过在线访问 <https://countycare.valence.care/member/#findAProvider> 查看网络成员。医疗服务提供者名录显示每个医疗服务提供者的名称、地址、电话号码、办公时间、协会认证状态以及常用语言。您可以致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部,他们可以协助您寻找医疗服务提供者或要求向您邮寄一份纸质文件。

初级保健提供者 (PCP)

每名 CountyCare Access 会员都有一名初级保健提供者 (PCP)。初级保健提供者 (PCP) 是您的私人医生。初级保健提供者 (PCP) 可为您提供一切日常医疗服务和检查。请您在生病时先致电初级保健提供者 (PCP), 紧急情况除外。如果您致电预约 CountyCare 会员 ID 卡上列出的初级保健提供者 (PCP) 以外的医疗服务提供者,会将您转介至指定的初级保健提供者 (PCP) 办公室。

如果您的 ID 卡上未列出首选初级保健提供者 (PCP), 则可以随时变更。如果您在寻找或变更初级保健提供者 (PCP) 方面需要帮助,请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部。

如果需要, 专科医生也可以成为您的初级保健提供者 (PCP)。然而, 专科医生要成为您的初级保健提供者 (PCP), 他们需要同意为您提供经 CountyCare 批准的级别的医疗服务。如果您仍希望专科医生成为您的初级保健提供者 (PCP), 请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部。

如果您是美洲印第安人/阿拉斯加原住民会员, 则有权享受伊利诺伊州内外的印第安部落、部落组织或城市印第安组织医疗服务提供者提供的服务。

专为女性服务的医疗保健提供者 (WHCP)

您有权选择专为女性服务的医疗保健提供者 (WHCP)。专为女性服务的医疗保健提供者 (WHCP) 是获得产科 (OB)、妇科 (GYN) 或家庭诊所执业许可和认证的医生、高级执业护士 (APN) 或医生助理 (PA)。

您可以选择专为女性服务的医疗保健提供者 (WHCP) 作为您的初级保健提供者, 也可以在初级保健提供者 (PCP) 之外再选择一名专为女性服务的医疗保健提供者 (WHCP)。您可以要求符合条件的任何医疗服务提供者提供常规预防性女性医疗保健服务。您无需获得 CountyCare 的批准或您的初级保健提供者 (PCP) 的转介。

如何变更初级保健提供者 (PCP)

您可以在会员 ID 卡上找到您的初级保健提供者 (PCP)。如果卡上列出的初级保健提供者 (PCP) 不正确, 或者您想更换医生, 则可以随时致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部办理。您还可以登录我们的安全会员门户网站在线变更初级保健提供者

(PCP), 或填写网站 www.countycare.com 上提供的初级保健提供者 (PCP) 变更表。

请求的初级保健提供者 (PCP) 变更将于下个月第一天生效。例如, 1 月 1 日至 31 日收到的变更请求将于 2 月 1 日生效。



初级保健提供者 (PCP) 变更申请表

会员信息

姓/中间名/名: _____
地址: _____
市: _____ 邮编: _____
出生日期: _____ 社会安全号码: _____
会员 ID: _____ 电话: _____

初级保健提供者 (PCP) 变更申请

申请的初级保健提供者 (PCP) 名称: _____
医疗服务提供者 ID: _____
办公室地址: _____
市: _____ 邮编: _____
办公室电话: _____
生效日期: _____

- 变更指定初级保健提供者 (PCP) 的原因**
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 已是申请的初级保健提供者 (PCP) 的患者 | <input type="checkbox"/> 申请的初级保健提供者 (PCP) 已问诊过家人 |
| <input type="checkbox"/> 申请的初级保健提供者 (PCP) 已问诊过家人 | <input type="checkbox"/> 语言/沟通障碍 |
| <input type="checkbox"/> 会员偏好 | <input type="checkbox"/> 在医疗服务提供者办公室等待的时间 |
| <input type="checkbox"/> 会员已搬家 | <input type="checkbox"/> 是否可预约/出诊 |
| <input type="checkbox"/> 初级保健提供者 (PCP) 的工作时间无法满足会员需求 | <input type="checkbox"/> 与医院或医疗团体有关联 |
| <input type="checkbox"/> 医疗服务质量 | <input type="checkbox"/> 与其他初级保健提供者建立了关系 |
| <input type="checkbox"/> 医疗服务提供者地点 | <input type="checkbox"/> 请求居家医疗服务提供者作为初级保健提供者 (PCP) |
| <input type="checkbox"/> 请求专科医生作为初级保健提供者 (PCP) | <input type="checkbox"/> 其他 |

会员或授权代表签名 日期

授权代表正楷姓名

说明: 请将会员变更数据表连同会员 ID 卡副本 (如有) 传真至 CountyCare 健康计划会员服务部 (传真号码: 312-548-9940), 或邮寄至 CountyCare Health Plan, P.O.Box 21153, Eagan, MN 55121。如果卡上没有列出正确的初级保健提供者 (PCP), 或者您希望更换医生, 您也可以致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系我们的会员服务部。
如果您对如何填写该表格有疑问, 请于周一至周五上午 8:00 至下午 6:00, 周六上午 9:00 至下午 1:00 致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系 CountyCare 健康计划会员服务部。

医疗服务的连续性和过渡

如果医疗服务提供者在您享受承保服务期间离开 CountyCare 网络,您也许能够继续从该医疗服务提供者处享受一些服务。CountyCare 将与您的医疗服务提供者合作制定一项涵盖以下情况的计划。

- **急性病。**疾病持续期间的承保服务。
- **严重慢性病。**一段时间内的承保服务,自医疗服务提供者终止之日起不超过 12 个月。
- **孕期医疗服务。**怀孕期间的承保服务,包括产后即时医疗服务。
- **绝症。**患病期间的承保服务。
- **手术或治疗过程中的其他外科手术。**必须在医疗服务提供者离开网络后 180 天内推荐和安排承保服务。

如果医疗服务提供者不愿意参加针对这些情况的医疗计划, CountyCare 会帮您转到新的医疗服务提供者。如需了解更多信息,请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY 联系 CountyCare 会员服务部。

专科医疗服务

专科医生是针对您的特定健康状况提供医疗服务的医生。例如:心脏病学(心脏健康)或骨科(骨骼和关节)专科医生。如果初级保健提供者(PCP)认为您需要专科医生,则会和您一起选择专科医生。初级保健提供者(PCP)会安排您的专科医疗事宜。在某些情况下,由于您可能患有慢性病,可能会指定一名专科医疗服务提供者作为您的初级保健提供者(PCP)。然而,专科医生要成为您的初级保健提供者(PCP),需要同意为您提供相应级别的医疗服务。

通过 CountyCare,您无需转介即可前往 CountyCare 专科医生处就诊,但最好先前往初级保健提供者(PCP)处就诊。初级保健提供者(PCP)会建议您是否需要专科医生,并根据您的具体健康状况推荐专科医生。如果您需要心理健康服务,则无需转介即可前往 CountyCare 医疗服务提供者处就诊。如果您需要预约方面的帮助,请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系医疗协调员或会员服务部。

急救/即时医疗设施

CountyCare 网络内拥有超过 125 个应急/即时医疗设施,为会员提供所需的即时医疗服务。在这些情况下,需要立即关注您的健康状况,但不会危及生命。即时医疗服务与急救服务不同。一些即时医疗服务的示例包括:

- 轻微割伤和擦伤
- 扭伤和轻伤
- 发烧
- 耳痛

要查找离您最近的急救地点,请访问 <https://countycare.com/urgent-care-locations/>。您仅应在发生危及生命的情况,或者初级保健提供者(PCP)建议您前往或任何持照医疗保健提供者建议您前往时(例如,专科医生可以建议您前往急诊科),才前往医院急诊科。请致电您的初级保健提供者(PCP)或我们的 24 小时护士咨询热线 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY),他们会帮助您决定前往何处接受医疗服务。如果您在寻找初级保健提供者(PCP)时需要帮助或有疑问,请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部。

急救服务

医疗紧急情况非常严重。甚至可能危及生命。您可能会经历剧烈疼痛、受伤或生病。如果您遇到紧急情况，请立即致电 9-1-1。

紧急情况的一些示例如下：

- 心脏病发作
- 严重出血
- 中毒
- 呼吸困难
- 骨折

遇到紧急情况该怎么办：

- 前往最近的急诊科；您可以在任何医院接受急救服务
- 致电 9-1-1
- 如果当地没有 9-1-1 服务，请呼叫救护车
- 无需转介
- 无需事先授权，但病情稳定后，您应致电初级保健医疗服务提供者 (PCP) 安排后续医疗服务

稳定后医疗服务

出现医疗紧急情况后需要稳定后医疗服务。CountyCare 涵盖这些服务。可在医院或办公室提供这些服务。如需获取提供这些服务的医疗服务提供者或设施的清单，您可以在 <https://countycare.valence.care/member/#findAProvider> 上找到列出的医疗服务提供者，也可以致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部。医疗服务协调员还可以帮您安排稳定后医疗服务。

如果您经常出现某种疾病，请与初级保健提供者 (PCP) 讨论制定医疗急救计划。如果您必须前往网络外医院或医疗服务提供者处，请尽快致电 CountyCare 并告诉我们发生了什么事情。这很重要，我们可以帮助您获得后续医疗服务。

24 小时护士咨询热线

每个人都会产生健康方面的问题。CountyCare 医疗服务提供者可以查阅您的医疗记录并为您提供个性化建议，是最佳咨询者。如果您联系不上医疗服务提供者，则可以致电护士咨询热线 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系我们。

- 通过电话接收注册护士的医疗建议
- 全年无休，每天 24 小时开放
- 帮助您决定前往何处接受医疗服务

护士热线健康话题：

- 关于轻伤的建议
- 关于葡萄糖和胰岛素的问题
- 受伤了该怎么办
- 如何应对哮喘
- 服用/给予多少药物
- 如果头痛怎么办
- 有关怀孕的问题

州外医疗服务

如果您在伊利诺伊州外旅行并需要急救服务，医疗保健提供者可以为您提供治疗。他们将向我们发送索赔信息。如果医疗服务提供者不向我们发送索赔信息或不接受我们的付款，您将负责支付您在伊利诺伊州外接受任何服务的费用。仅当在美国境内提供急救服务时，才为这些服务提供承保。不对在美国境外提供的急救服务提供承保。

对于外出时的急诊或日常医疗服务，您必须获得 CountyCare 的批准才能前往其他医疗服务提供者处。请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部以获得此批准。

网络外医疗服务

您必须在网络内医疗服务提供者处和医院接受医疗服务。您可以在 <https://countycare.valence.care/member/#findAProvider> 上找到网络内医疗服务提供者和医院的清单,也可以致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部。前往网络外医疗服务提供者处必须获得 CountyCare 的批准。

唯一例外包括急救治疗、计划生育服务、学校牙科服务和州立医院。

预防性服务

CountyCare 希望帮助您在生病前获得照顾。一些针对成人的预防性检测和检查如下图所示。

预防性服务

| 检查 | 年龄 | 频率 |
|--------|---------|----|
| 体检 | 42 岁及以上 | 每年 |
| 临床乳房检查 | 42 岁及以上 | 每年 |

女性预防性医疗服务

| 检查 | 年龄 | 频率 |
|----------|---------|----------------------------|
| 骨盆检查 | 42 岁及以上 | 每年 |
| 巴氏涂片检查 | 42 岁及以上 | 每 3 年一次 (频率取决于风险因素;询问您的医生) |
| 乳房 X 光检查 | 42-49 岁 | 咨询您的医生 |
| 乳房 X 光检查 | 50-74 岁 | 每 2 年一次 |

其他预防性医疗服务

| | 年龄 | 建议的预防性服务 |
|----|---------|--|
| 女性 | 42-49 岁 | 接种流感疫苗 (每年) 宫颈癌筛查 胆固醇测试 (从 35 岁开始, 此后每 5 年进行一次) 2 型糖尿病筛查 (从 45 岁开始, 此后每 3 年进行一次) 破伤风-白喉加强针 (应每 10 年接种一次) |
| | 50-64 岁 | 接种流感疫苗 (每年) 胆固醇测试 (从 35 岁开始, 此后每 5 年进行一次) 宫颈癌筛查 结直肠癌筛查 (从 50 岁开始) 接种带状疱疹疫苗 (60 岁及以上注射一剂) |
| | 65 岁以上 | 破伤风-白喉加强针 (应每 10 年接种一次) 接种肺炎疫苗 |

预防性医疗服务

| | 年龄 | 建议的预防性服务 |
|----|---------|---|
| 男性 | 42-49 岁 | 接种流感疫苗 (每年) 胆固醇测试 (从 35 岁开始, 此后每 5 年进行一次) 2 型糖尿病筛查 (从 45 岁开始, 此后每 3 年进行一次) 破伤风-白喉加强针 (应每 10 年接种一次) |
| | 50-64 岁 | 接种流感疫苗 (每年) 胆固醇检测 (每 5 年进行一次) 结直肠癌筛查 (从 50 岁开始) 前列腺检查 接种带状疱疹疫苗 (60 岁及以上注射一剂) |
| | 65 岁以上 | 破伤风-白喉加强针 (应每 10 年接种一次) 接种肺炎疫苗 |

CountyCare 如何做出医疗保健决定

CountyCare 医疗服务提供者和医疗保健人员根据适合您的医疗服务以及您的 CountyCare Access 福利涵盖的内容做出决定。这称为使用情况管理 (UM)。

CountyCare 不会奖励拒绝为您提供医疗服务的提供者。做出使用情况管理 (UM) 决定的 CountyCare 员工若限制您的医疗服务, 则无法获得奖励。

如果您对自己的福利、医疗服务提供者或者您请求或接受的任何服务有疑问, 可以致电 CountyCare。您可以致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/

TTY) 联系会员服务部。我们的工作时间为周一至周五上午 8:00 至下午 6:00, 周六上午 9:00 至下午 1:00。正常工作时间结束后和节假日, 电话将转接到我们每周 7 天的非工作时间服务。会员可以通过语言协助讨论福利并回答问题。当 CountyCare 代表接听电话时, 他们会向您打招呼, 告诉您姓名、职务以及他们是 CountyCare 员工。

涵盖的服务

CountyCare Access 涵盖医疗服务以及为我们的会员提供的一些额外福利。本手册中提供了一份承保服务清单。您还可以访问我们的网站 www.countycare.com 或致电会员服务部, 获取承保服务的副本。

某些服务需要事先授权。医疗服务提供者将提交任何所需的事先授权。

承保医疗服务

CountyCare 承保的一些医疗服务和福利如下所述。

- 使用您的 HFS 医疗卡, Medicaid (而非 CountyCare) 承保的堕胎服务
- 高级执业护士服务
- 门诊手术治疗中心服务
- 辅助/增强通信设备
- 听力学服务
- 血液、血液成分及其施用
- 21 岁及以上人员的脊椎按摩治疗保险
- 牙科服务, 包括口腔外科医生
- 计划生育服务和用品
- 在符合联邦要求的健康中心、农村健康中心和其他就诊率诊所就诊
- 性别确认治疗
- 医院急诊科就诊
- 医院住院服务
- 医院门诊服务
- 实验室和 X 光服务
- 医疗用品、设备、假肢和矫形器
- 心理健康服务
- 光学服务和用品
- 验光师服务

- 姑息治疗和临终关怀服务
- 药房服务
- 物理、职业和言语治疗服务
- 医生服务
- 足病服务
- 稳定后医疗服务
- 肾透析服务
- 呼吸设备和用品
- 预防疾病和促进健康的服务
- 专业护理
- 90 天护理机构康复住宿
- 亚急性酗酒和药物滥用服务
- 移植 (仅限干细胞和肾移植)
- 确保承保服务的交通

新技术

可使用新技术加强您的治疗。还有助于提高您的健康水平。具体形式如下：

- 医学检查
- 心理健康程序
- 制药技术
- 医疗器械等

新技术的使用将由 CountyCare 的医疗总监以及质量和使用情况委员会进行审查。新技术必须符合 CountyCare 的指南才能被接受。这些规则确保其对您安全, 并且会提高您的健康水平和生活质量。

有限承保服务。

州和联邦法律允许的消毒服务。医疗服务提供者必须填写 HFS 表 2189 并将其归档至医疗记录。

- 如果医疗服务提供者填写 HFS 表格 1977 并将其归档至医疗记录, 则进行子宫切除术。

非承保服务

CountyCare 不承保的一些医疗服务和福利列示如下：

- 实验性或研究性服务
- 由非网络医疗服务提供者提供且未经您的健康计划授权的服务
- 未获得所需的事先授权即提供的服务
- 选择性整容手术
- 不孕不育治疗
- 任何非医疗必要服务
- 当地教育机构提供的服务
- 家庭和社区豁免服务
- 长期治疗
- 移植 (干细胞和肾移植除外)

如果您不确定某项服务是否在承保范围内, 请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部。我们将会告诉您某项服务是否承保。

COUNTYCARE 会员额外福利

作为 CountyCare Access 会员, 除了常规医疗保险之外, 您还可以获得额外福利。额外福利包括：

CountyCare 奖励卡

它是什么？

CountyCare 奖励卡计划可让您获得现金奖励来支付所需支付的费用, 比如在接受 Visa 的大多数地方支付杂货、交通、公用事业等费用。

如何使用：

当您去医生处接受某些服务时, CountyCare 会给您邮寄一张 CountyCare Visa 奖励卡。该卡将根据您所接受的服务获得现金积分。激活该卡后, 您可以用它在接受 Visa 的大多数地方支付所需支付的费用。该卡不能购买酒水、烟草、枪支或赌博产品。每当您去医生处接受符合资格的服务时, CountyCare 都会将符合资格的金额记入您现有的卡中。自奖励累积到卡中之日起, 会员有六个月时间使用积分。六个月后, 奖励将过期。



符合资格的服务和获得的金额

初级保健提供者 (PCP) 年度就诊 - 奖励 50 美元

CountyCare 为前往指定初级保健提供者 (PCP) 处接受年度体检的年满 42 岁会员提供 50 美元奖励。

年度健康风险筛查 - 奖励 50 美元

CountyCare 每年为完成健康风险筛查的每名会员的奖励卡提供 50 美元积分。致电会员服务部与您的医疗服务协调员联系以完成筛查。

重新确定 - 奖励 40 美元

会员在到期日之前完成续保即可获得 40 美元。

怀孕通知 - 奖励 50 美元

怀孕会员在 www.countycare.com 的针对会员 — 额外福利和奖励下填写“怀孕通知表”后, 即可获得 50 美元奖励。

产前和产后就诊 - 奖励 50/10 美元

怀孕会员应该在怀孕期间和产后定期去看医生。

- 怀孕前期每次产前就诊奖励 50 美元
- 怀孕前期后就诊奖励 10 美元。整个怀孕期间总共最多 14 次就诊均可获得奖励。
- 产后 1-12 周去看医生可获得 50 美元奖励

结直肠癌筛查 - 奖励 50 美元

45-75 岁会员每年最多接受一次结直肠癌筛查, 即可获得 50 美元奖励。

宫颈癌筛查 - 奖励 50 美元

42-64 岁女性每年接受宫颈癌筛查即可获得 50 美元奖励。

乳房 X 光检查计划 - 50 美元奖励

45-74 岁女性每年接受乳房 X 光检查即可获得 50 美元奖励。

糖尿病防治 - 奖励 25 美元

患有糖尿病的会员可以:

- 因完成年度初级保健提供者 (PCP) 就诊并进行验血和尿液筛查而获得 25 美元奖励
- 因完成眼科检查而获得 25 美元奖励
- 因填写第一张他汀类药物处方而获得 25 美元奖励

治疗后/随访就诊 - 奖励 20/50/100 美元

急诊科就诊或住院后随访就诊的会员将:

- 因行为健康问题前往急诊科就诊后 7 天内复诊而获得 100 美元奖励; 或者
- 因行为健康问题前往急诊科就诊后 7 至 30 天内复诊而获得 50 美元奖励。
- 因行为健康问题住院后 7 天内复诊而获得 100 美元奖励; 或者
- 因行为健康问题住院后 7 至 30 天内复诊而获得 50 美元奖励。
- 因住院后 14 天内复诊而获得 20 美元。

接种年度流感疫苗 - 奖励 25 美元

年满 42 岁的会员在初级保健提供者 (PCP) 处或网络内药房接种流感疫苗即可获得 25 美元奖励。

接种 COVID-19 疫苗 - 奖励 50 美元

年满 42 岁的会员接种 COVID-19 疫苗即可获得 50 美元奖励。

接种 HPV 疫苗 - 奖励 25/50 美元

年龄在 42-45 岁之间、间隔至少 146 天接种两剂 HPV 疫苗的会员, 第一剂疫苗可获得 25 美元, 第二剂疫苗可获得 50 美元。

接种脑膜炎球菌疫苗和加强针 - 奖励 25/10 美元

接种脑膜炎球菌疫苗和加强针的年满 42 岁会员, 第一次接种疫苗可获得 25 美元, 接种加强针可获得 10 美元。

完成健康管理满意度调查 — 奖励 15 美元

参加健康管理且完成健康协调满意度调查的会员每年可在调查完成后获得 15 美元。

关于 CountyCare Visa 奖励卡的一些提醒:

- 保留您的卡! 我们将为您增加更多奖励。
- 获取免费智能手机应用程序 — 您可以在手机上随时关注 CountyCare 奖励计划动态。下载 OTC Network 应用程序以查看您的余额等。适用于苹果或安卓手机。
- 未使用的奖金会在添加到您的卡之日起六个月内到期。

CountyCare 额外福利

FoodCare 计划

会员可以免费获得 FoodCare 提供的个性化营养和食品计划。FoodCare 是一项个人营养计划, 可帮助会员制定适合其健康和保健目标以及预算的营养计划。FoodCare 会员可与自己的注册营养师建立联系。与营养师完成第一次音频或虚拟就诊后, 您可以获得 50 美元用于购买杂货。欲了解更多信息, 请访问 CountyCare 网站。

免费 LASIK 眼科手术

年龄在 42-50 岁之间*的会员若符合资格即可接受 LASIK 眼科手术。如需了解更多信息,请访问我们的网站或致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部。

*年龄超过 50 岁、无白内障症状且符合健康标准的会员可能有资格接受 LASIK 手术,应安排网络内医生进行常规眼科检查,以填写 LASIK 评估表。

免费睡眠安全套件

怀孕会员可以致电会员服务部索取睡眠安全套件。完成至少 4 次产前检查后,CountyCare 就会将免费的睡眠安全套件运送到她们家中。该套件包括配有床笠的便携式婴儿床、睡袋、育婴指南和奶嘴。

免费汽车安全座椅

CountyCare Access 孕妇会员有资格获得免费汽车安全座椅。家长可以致电会员服务部申请该座椅,该座椅将被运送到指定的地址。我们鼓励怀孕的会员在预产期前一个月致电,以便座椅在婴儿出生时及时送达。

免费居家妊娠检测

育龄女性会员可以致电会员服务部请求每月最多进行一次检测。我们将在其奖励卡中充值,用于购买检测工具或将检测工具邮寄到指定的地址。

慧丽轻体券

CountyCare Access 会员可以获得附近慧丽轻体 (Weight Watchers) 会所的免费体验券。请致电会员服务部提出申请,我们会将其邮寄给您。

免费手机

CountyCare Access 会员有资格通过 SafeLink 获得一部免费手机(每户一部)。该计划提供特定时长免费致电 CountyCare 咨询健康相关问题。

如果您对我们的额外福利有疑问,请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系 CountyCare 会员服务部。

您可以在周一至周五上午 8:00 至下午 6:00、周六上午 9:00 至下午 1:00 联系我们,或访问我们的网站了解更多信息。

牙科服务

CountyCare Access 提供牙科福利。您应该定期去看牙医,以预防蛀牙和发现其他牙齿以及总体健康问题。

年满 42 岁会员的牙科福利

- CountyCare Access 涵盖一些常规和医疗必要牙科服务,包括 X 光检查、补牙、牙冠、根管治疗(前牙)、口腔手术、拔牙、假牙和假牙修复。
- 怀孕会员定期接受检查、清洁和牙周治疗(深度清洁和洗牙)。
- 作为一项额外福利,CountyCare Access 还涵盖:
 - 每六个月定期检查和清洁
 - 镶牙

所有会员均享受牙科急诊服务。

如果您特定服务有疑问,请致电会员服务部。您必须前往网络内的医疗服务提供者处才能获得牙科服务。您可以访问我们的网站 www.countycare.com 或致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系 CountyCare 会员服务部,查找 CountyCare 牙科服务提供者。

眼科服务

CountyCare Access 拥有庞大的眼科服务提供者网络。我们为所有会员提供检查。您还可以选购眼镜或隐形眼镜。

您享受的服务如下：

- 验光师和眼科医生网络每年进行一次眼睛检查。
- 您可以选购我们的标准镜框。作为一项额外福利，您可以选择每两年获得 100 美元的镜框零售价补贴。如果镜框价格超过 100 美元，您需支付差价。
- 作为一项额外福利，年满 42 岁会员可以选购隐形眼镜而不是框架眼镜。全额支付验配费，并且您每两年可获得 100 美元的隐形眼镜补贴。如果隐形眼镜价格超过 100 美元，您需支付差价。
- 如果满足某些处方要求，则全额承保您眼镜的单光和双光镜片。

您必须到网络内眼科服务提供者处就诊。要寻找眼科服务提供者，请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系 CountyCare 会员服务部或访问 www.countycare.com 在线查询。

行为健康和药物滥用服务

如果您遇到危及生命的紧急情况，请致电 9-1-1 或前往最近的医院急诊科。

CountyCare 通过庞大的医疗服务提供者网络提供行为健康服务，以治疗心理健康和药物滥用障碍。CountyCare Access 会员可享受行为健康服务。我们希望帮助您保持身心健康。要获取这些服务，请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部。您可以选择转接至能够在 7 天内提供首次预约就诊服务的医疗服务提供者。根据会员的需要，可提供门诊、住院和居家级别服务。

我们的医疗服务提供者网络提供针对以下疾病的治疗：

- 焦虑症
- 躁郁症
- 抑郁症
- 精神分裂症
- 药物滥用障碍 (比如吸毒和/或酗酒)
- 其他精神或行为健康病症

CountyCare 承保的行为健康服务包括但不限于：

- 药物滥用障碍的药物辅助治疗，如美沙酮、Suboxone 和 Vivitrol
- 危机稳定服务
- 用药管理
- 心理健康评估
- 病例管理
- 个人、团体和家庭治疗
- 心理测试
- 社区支持
- 部分住院
- 住院精神病治疗
- 电休克疗法 (ECT)
- 出院管理
- 居家康复

如果您需要这些服务，请与初级保健提供者 (PCP)、医疗服务协调员联系，或致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系我们。您还可以访问我们的网站并选择您希望就诊的医疗服务提供者。CountyCare 将仅支付网络内医疗服务提供者收取的服务费用。要查找行为健康医疗服务提供者，请访问我们的网站 www.countycare.com 或致电联系我们。您可以查明首选医疗服务提供者是否在网络内，并获取有关行为健康服务的更多信息。

移动危机响应服务 - CARES

危机和转介服务 (CARES) 是一项电话响应服务, 负责处理伊利诺伊州儿童和家庭的心理健康危机电话。CountyCare Access 会员可以使用 24 小时 CARES 热线与行为健康专科医生交谈。如果您或您的孩子对自己或他人构成危险, 有心理健康危机, 或者如果您想要转介服务, 您均可以致电。请致电 CARES 热线 800-345-9049 (TTY: 773-523-4504)。

计划生育服务

您可以从 CountyCare 提供的计划生育服务提供者网络中获得计划生育服务。您可以从任何合格的计划生育服务提供者处获得服务。他们不必是网络内医疗服务提供者。您无需初级保健提供者 (PCP) 的转介或 CountyCare 的许可即可获得这些服务。

CountyCare 承保:

- 所有避孕方法, 包括节育装置以及装置的安装或插入 (例如宫内节育器或植入物)。
- 非处方药和处方紧急避孕药。
- 永久性避孕方法, 包括输精管切除术和输卵管结扎术。

孕产服务

CountyCare 承保:

- 门诊医疗保健提供者服务, 包括产前和产后检查、实验室筛查和超声波检查以及妊娠或分娩问题或并发症的治疗。

- 参与医院的住院服务、院外分娩中心医疗服务以及网络外急产和分娩服务。
- 如果您是高危妊娠, 则承保包括基因检测在内的产前诊断程序。

正常阴道分娩后您可以在医院住院至少 48 小时, 剖腹产后您可以在医院住院至少 96 小时。

有时产妇想早点出院。如果与医生讨论后批准您出院并在 48 小时内为您和宝宝预约门诊, 则可以提前离开。

您可以选择经过认证的护士助产士来接生。您可以在 CountyCare Health Plan 医疗服务提供者名录中的“专科医疗服务提供者”下寻找经过认证的护士助产士。您无需获得 CountyCare 的批准即可约见经过认证的护士助产士。

BRIGHTER BEGINNINGS 计划

BRIGHTER BEGINNINGS 是一项帮助准家庭在怀孕期间保持健康的计划。有关 BRIGHTER BEGINNINGS 的更多信息, 请访问 CountyCare 网站。

CountyCare 为妈妈们提供的奖励:

- 产前检查: 您在怀孕前期接受产前检查, CountyCare Visa 奖励卡可以获得 50 美元奖励, 在怀孕前期后就诊即可获得 10 美元奖励。整个怀孕期间总共最多 14 次就诊均可获得奖励。
- 产后就诊: 产后 1-12 周前往医疗服务提供者处接受检查, 您可以获得 50 美元奖励。

自收到奖励之日起, 会员有六个月的时间使用积分。六个月后, 奖励将过期。

CountyCare 为妈妈们提供的额外福利：

- 免费汽车安全座椅：CountyCare 为怀孕和孩子未满 8 岁的会员提供免费汽车安全座椅。请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部申请汽车安全座椅，我们会送货上门。
- 睡眠安全套件：怀孕会员可以致电会员服务部索取睡眠安全套件。只要参加至少 4 次产前检查，该套件就会送货上门。该套件包括配有床笠的便携式婴儿床、睡袋、育婴指南和奶嘴。
- 免费吸奶器：CountyCare 涵盖双电动吸奶器。与您的医疗服务提供者讨论为您订购吸奶器事宜。您可以自取或选择送货上门。
- CountyCare 怀孕通知：怀孕会员在 www.countycare.com 的“针对会员 — 额外福利和奖励”下填写“怀孕通知表”后，即可获得 50 美元奖励。

药房服务

作为 CountyCare Access 会员，当您在网络内药房配药时，我们会向您提供处方药。

要获得药物，您的医疗服务提供者需要提供处方。请携带您的处方药前往任何一家网络内药房配药或重新配药。

我们的药房网络包括多家全国性零售连锁店，例如 CVS、Kmart、Walgreens、Meijer、Osco、Target 和 Walmart，以及独立药房。请务必在药房出示您的 CountyCare 会员 ID 卡。

如果您前往库克县健康服务提供者处就诊，也可以在库克县健康中心药房配药。如果您的初级保健提供者 (PCP) 属于社区健康中心，您也许可以从他们的药房获取处方药。

您可以在 CountyCare 处方集中查看我们承保的所有药物。您可以在我们的网站 www.countycare.com 的“会员服务”下找到该处方集。如果您无法访问互联网，请致电会员服务部，我们将向您邮寄纸质副本。如果您需要的药物未出现在处方集中，您的医生可以要求 CountyCare 进行审查。

如果您是 CountyCare 的新用户，您可以继续使用目前使用的任何药物 90 天，即使它不包含在 CountyCare 处方集中。

CountyCare 还承保我们处方集中的非处方药。医疗服务提供者需要提供处方才能承保非处方药。

交通服务

CountyCare 可以提供往返医生预约地点的交通服务。承保服务需要交通服务。您可以：

- 在预约前两周索取票证 (Ventra 和 PACE)
- 协调乘车。您需要在预约前至少 72 小时 (三天) 进行此操作。

只需致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部。



救护车运送

救护车急救

您的保险涵盖救护车急救服务。如果您遇到医疗紧急情况,请致电 9-1-1。

非紧急救护车运送标准

根据第 102-0661 号公共法案,自 2022 年 1 月 1 日起,所有非紧急救护车行程安排已更改为伊利诺伊州医疗保健和家庭服务部收费服务 (HFS FFS)。CountyCare 将不再安排这些行程。Transdev Fee-for-Service (FFS) 是该部门事先批准的医疗服务提供者,而不是运输代理人。

如果需要非紧急救护车服务,您将需要:

- 直接致电 Transdev 877-725-0569 (周一至周日上午 8 点至下午 5 点 (中部标准时间))。
- Transdev FFS 将首先验证您的资格。他们会提出一些问题,看看您是否符合标准。
- 如果您符合标准,Transdev FFS 将向您发送一份救护车提供者名单,供您致电并安排行程。
 - 如果您在安排行程时遇到问题,可以再次致电 Transdev FFS 寻求帮助。
- 如果您没有资格获得非紧急救护车服务,请致电 630-403-3210 联系 Transdev FFS 交通部门以制定其他计划。
- 您需要再次联系 Transdev FFS 最终确定行程。
- 所有非紧急救护车行程都需要医生认证声明 (PCS) 表格。

只有非紧急地面救护车交通服务将从 CountyCare 转移到 Transdev FFS。所有其他交通请求 (空中救护、医疗车、服务车、出租车和私家车) 将保持不变。

如有任何疑问,您可以致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系 CountyCare 会员服务部。您还可以致电 877-782-5565 联系专业和辅助服务局,了解服务收费问题。

医疗协调

CountyCare 有多项计划可提高会员健康水平。我们通过 CountyCare 工作人员提供教育和个人帮助来实现。这称为医疗协调。这项服务旨在通过提高您的医疗服务质量并为您提供支持来帮助您提高健康水平。您可以致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部,弄清谁是您的医疗服务协调员。

您的医疗服务协调员将:

- 与您、您的看护人员和您的医疗服务提供者联系
- 评估您的病症
- 制定医疗计划,帮助您设定短期和长期目标
- 协调服务以提供必要且有效的医疗服务

医疗服务协调员是一名咨询人员,负责:

- 回答您的问题
- 分享所掌握的医疗保健系统知识
- 帮助您考虑您的方案和选择
- 帮助转介到医疗机构接受治疗
- 确定涵盖的福利
- 帮助您规划出院过渡事宜
- 帮助您与社区资源建立联系
- 到医疗机构或您居住的地方探望您

通过我们的医疗服务协调流程获得的信息予以保密。仅在需要帮助规划您的医疗服务和正确支付您的服务费用时才分享。

人口健康管理计划

健康筛查、评估和医疗服务计划

您的**医疗服务协调员**或我们团队的**其他成员**会打电话给您,询问您一些基本的健康和安全问题。这称为“**健康筛查**”。

如果您告诉我们您有一些病症或其他影响您健康的问题,我们可能会询问您更多问题,以便更好地提出服务建议。这称为“**健康评估**”。

如果您有资格参加医疗服务管理计划,您和您的医疗服务协调员将制定“**医疗服务计划**”。该计划将列出您希望我们提供帮助的服务以及您想为自己或您的孩子做的事情。

您的医疗服务计划是个人医疗服务计划 (IPoC),可以包括以下任何有帮助的内容:与医疗服务提供者预约;有关病症的指导;获得衣食住行或职业培训资源;您孩子学校的安排或者您希望采取哪些措施来提高健康水平或为未来做好准备。

我们从您那里获得的信息予以保密。我们通常会(在须知的基础上)与任何正在帮助您的人(例如您的医生、您的社区机构或您孩子的学校)分享信息,以确保每个人都清楚他们应该做什么。如果您愿意,可以随时告诉我们不要与某些人分享信息。

您还可以选择是否希望我们提供筛查、评估服务和医疗服务计划。您可以随时选择加入或退出。您可以随时向医疗服务协调员索取以下信息:

- 有关健康或健康状况的信息
- 解决问题的支持

针对特殊患者的计划

我们可能有一些计划可帮助有特定疾病、行为健康问题或其他疾病的人员。如果您有这些病症之一,我们可能会打电话给您,询问您是否愿意参加某个计划。您可以选择是否参加任何计划。您还可以询问医疗服务协调员您是否有资格参加任何计划。

自己动手进行健康筛查

您是否想了解自己的健康状况?您是否想达到最好的自我感觉?

您可以在手机或计算机上使用 CountyCare 提供的**在线工具**详细了解您的健康习惯。

访问 <https://countycare.com/health-wellness/> 的**健康与保健页面**,然后点击您感兴趣的工具并回答问题。您将获得一份个性化的清单,其中列出了可以采取哪些步骤来提高健康水平。

您可以随意回答问题,也可以不回答。健康计划工作人员或帮助您的人员不会知道您的回答。

但是,如果您看到想要讨论的内容,则可以打印一份副本拿给您的医疗保健提供者看看。

如果您在使用这些工具时遇到问题,您的医疗服务协调员可以通过电话提供帮助。

医疗管理会员权利和责任

会员可以同意参加医疗服务协调计划。在此计划期间,您的医疗服务协调员将与您密切合作,支持并帮助您提高健康水平。

会员权利

CountyCare Access 会员有权：

1. 了解有关 CountyCare 计划的信息。了解有关 CountyCare、我们的员工及其资质的信息。
2. 选择不参加 CountyCare 计划或服务。
3. 了解负责您的医疗管理服务的工作人员。了解如何变更您的医疗服务经理。
4. 在做出医疗保健决定时获得 CountyCare 支持。
5. 了解所有可用的医疗管理服务。与您的医疗服务提供者讨论这些服务。
6. 确保您的医疗信息安全。了解谁有权访问您的信息。了解 CountyCare 如何确保您的信息安全。
7. 始终受到 CountyCare 工作人员的尊重和尊敬。
8. 向 CountyCare 提出投诉。了解如何提出投诉。了解您的投诉需要多长时间才能得到答复。
9. 用您可以理解的语言或方法提供信息。
10. 得到他人的理解。这包括您的英语水平有限、有不同的文化背景或有残疾。
11. 收到一份您的医疗服务计划(个性化医疗服务计划/ IPoC)。

您能够使用自己的权利,而不会针对您采取任何行动。

会员责任

CountyCare 会员有责任：

1. 遵循指示以及您和您的医疗服务提供者商定的医疗服务计划 (IPoC)。
2. 始终以有礼貌和尊重的态度对待您的医疗服务经理和医疗服务协调支持团队。
3. 向 CountyCare 提供正确的信息,以便我们为您提供所需服务。如果您退出 CountyCare 医疗管理计划,请告知 CountyCare 和您的治疗服务提供者。

退保

会员可以自愿退出或“选择退出”医疗管理,和/或当其病症和情况改善时退出。请联系您的医疗服务协调员以协助完成此过程。

对于未履行上述责任的会员,可能会终止医疗管理或医疗协调服务。

服务品质提高计划

我们希望您获得优质医疗保健和客户服务。我们每年都会进行自我评估,看看哪些方面进展顺利,哪些方面可以改进。我们希望能够对患者的病情进行预防治疗和护理,并礼貌对待和尊重患者。

您可能会收到相应的调查问卷,帮助我们了解：

- 您是否得到所需的治疗？
- 您是否正在学习如何更好地照顾自己？
- 您对接受的服务是否满意？

我们还会根据您提供给我们信息采取行动,例如当您：

- 告诉我们对医疗服务质量不满意
- 向我们的服务提出投诉

如果您想了解有关 CountyCare 服务品质提高 (QI) 计划的更多信息,请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部。

其中一些计划包括：

- 针对您的健康状况进行的预防治疗和护理
- 关于您接受的医疗保健和服务的会员满意度调查
- 调查医疗服务质量申诉
- 建立一个团队来解决您的投诉并提高医疗服务质量

如果您想了解有关 CountyCare QI 计划的更多信息, 请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部。

接受者限制计划

锁定计划, 也称为接受者限制计划, 由医疗保健和家庭服务部以及 CountyCare 制定, 旨在确保我们的某些会员能够充分利用向他们提供的服务。该计划的目标是确保每名会员在正确的时间获得正确的医疗服务和处方药治疗。该计划将会员分配给特定的初级保健提供者 (PCP) 和/或选定的药房。如果被选中参加该计划, 每名会员将收到书面通知, 并有机会在锁定通知函发出 60 天内对锁定决定提出上诉。

预先声明

您有权决定自己的医疗方案。预先声明是您对未来的医疗方案做出的书面决定, 以防您当时病情严重而无法做出决定。

伊利诺伊州有四种类型的预先声明:

- **医疗保健授权书** - 如果您病得太重而无法自己做决定, 您可以选择某人来为您做出医疗方案决定。您可以从伊利诺伊州公共卫生部网站打印一份: <https://dph.illinois.gov/content/dam/soi/en/web/idph/files/forms/powerofattorneyhealthcareform.pdf>
- **生前遗嘱** - 这会告诉您的医生和其他医疗服务提供者, 当您病入膏肓时需要什么样的医疗服务。病入膏肓意味着您的病情不会好转。
- **心理健康偏好** - 您可以通过此选项决定是否要接受某种可能对您有帮助的心理健康治疗。
- **请勿复苏/生命维持治疗医嘱 (DNR/POLST) 命令** - 该命令会告诉您的家人、所有医生和其他医疗服务提供者, 如果您的心脏或呼吸停止, 您想要做什么。还可以写下您对生命维持治疗的愿望。

您可以从健康计划或医生处获取有关预先声明的更多信息。如果您入院, 可能会被问到是否有预先声明。您不一定要拥有预先声明才能获得医疗服务, 但大多数医院都鼓励您拥有一份。如果您愿意, 您可以选择其中任何一项或多项预先声明, 并且您可以随时取消或更改每项预先声明。

当您身体健康且能够选择时, 您可以以书面形式陈述您的医疗意愿。预先声明是一份书面声明, 说明当您无法再做出医疗决定时, 您希望如何做出医疗决定。联邦法律要求您在医疗机构住院时被告知您有权制定预先声明。还必须询问您是否已以书面形式表达您的愿望。

没有人可以强制您完成一份预先声明。您可以决定是否需要拥有预先声明。任何年满 18 岁且心智健全并能自行做出决定的人都可以拥有预先声明。您无需律师便可填写预先声明。不过, 您可能会想要与律师讨论一下。

请与您的医疗服务提供者联系以获取预先声明表。您还可以致电会员服务部索取预先声明表。

伊利诺伊州公共卫生部的网站还提供有关高级指令的有用信息。您可以在此处找到这些资源:

<http://www.dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>

申诉和上诉

我们希望您对 CountyCare 和我们的医疗服务提供者提供的服务感到满意。如果您不满意, 您可以提出申诉或上诉。

申诉

申诉是对除拒绝、减少或终止服务或物品之外任何事项的投诉。

CountyCare 非常重视会员的申诉。我们想知道出了什么问题，以便我们可以改进我们的服务。如果您对医疗服务提供者或您接受的医疗或服务的质量不满意，您应该立即告知我们。CountyCare 制定了特殊程序来帮助提出申诉的会员。我们将尽力回答您的问题或帮助解决您的疑虑。提出申诉不会影响您的医疗保健服务或您的福利承保范围。

如果申诉人是职业康复 (VR) 计划的客户，则申诉人可能有权在准备、呈现和表述要听证的事项时获得 DHS-ORS 客户援助计划 (CAP) 的帮助。

您可能想要提出申诉的示例如下：

- 您的医疗服务提供者或 CountyCare 工作人员不尊重您的权利。
- 您无法在适当的时间约见医疗服务提供者。
- 您对所接受的医疗服务或治疗质量不满意。
- 您的医疗服务提供者或 CountyCare 工作人员对您无礼。
- 您的医疗服务提供者或 CountyCare 工作人员对您的文化需求或您可能产生的其他特殊需求不敏感。

您可以致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部提出申诉。您还可以通过邮件或传真以书面形式提出申诉：

CountyCare Health Plan

P.O.Box 21153

Eagan, MN 55121

传真:312-548-9940

在申诉信中，请向我们提供尽可能多的信息。例如，包括事件发生的日期和地点、涉事人员的姓名以及事件的详细信息。请务必注明您的姓名和会员 ID 号。您可以致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部，要求我们帮您提出申诉。

如果您不会说英语，我们可以免费为您提供口译员。您提出申诉时，请附上此要求。如果您有听力障碍，请致电 711 联系伊利诺伊州转接中心。

在申诉过程中，您可以随时让认识的人代表您发言或行事。此人将成为您的“代表”。

要指定某人为您的代表，可以：

1. 向我们发送一封信，告知我们您希望某人成为您的代表，并在信中包含其联系信息，或者，
2. 填写授权代表表格。您可以在我们的网站上找到此表格：https://countycare.com/wp-content/uploads/CCR_AuthorizedRepresentativeForm_English_110218.pdf

CountyCare 将在 48 小时内向您发送一封确认信，表明我们已收到您的申诉。CountyCare 将尽力立即解决您的申诉。如果我们不能解决，我们可能会与您联系获取更多信息。90 天内，您将收到 CountyCare 的一封信，其中有我们的解决方案。

上诉

上诉是您要求我们审查行为的一种方式。如果我们决定无法批准所请求的服务或物品，或者减少或停止服务，您将收到我们的“不利福利决定”函。这封信将告诉您以下内容：

- 采取的行动及其原因
- 您提出上诉的权利以及如何提出上诉
- 您要求举行州公平听证会的权利以及如何操作
- 在某些情况下您要求加急上诉的权利以及如何操作
- 您在上诉期间继续要求获得福利的权利、如何操作以及何时可能需要支付服务费用

您可能不同意 CountyCare 对您的服务或您请求的物品做出的决定或采取的行动。上诉是您要求我们审查行为的一种方式。您可以自我们发出“不利福利决定”函之日起 **60 个日历日**内提出上诉。如果您希望在上诉期间保持所享受的服务，您必须在上诉时说明这一点，并且您必须自我们发出“不利福利决定”函之日起 **10 个日历日**内提出上诉。下面的清单包括您何时可能想要提出上诉的示例。

- 不批准或支付您的医疗服务提供者要求的的服务或物品
- 停止之前批准的服务
- 没有及时向您提供服务或物品
- 未告知您自由选择医疗服务提供者的权利
- 未批准为您提供的在我们的网络之外的服务

有两种方式提出上诉:

1. 致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部。如果您通过电话提出上诉,则必须附上书面签名的上诉请求。
2. 将您的书面上诉请求邮寄或传真至:

CountyCare Health Plan

P.O.Box 21153

Eagan, MN 55121

电话:312-864-8200 / 855-444-1661
/ 711 (TTY)

传真:312-548-9940

如果您不会说英语,我们可以免费为您提供口译员。您提出上诉时,请附上此要求。如果您有听力障碍,请致电 711 联系伊利诺伊州转接中心。

是否有人可以帮助您完成上诉流程?

您可以通过多种方式寻求帮助。您可以:

- 请认识的人提供协助,成为您的代表。例如,可以请初级保健医生或家庭成员作为您的代表。
- 选择法律专业人士作为您的代表。

要指定某人为您的代表,可以:

1. 向我们发送一封信,告知我们您希望某人成为您的代表,并在信中包含其联系信息,或者,
2. 填写授权代表表格。您可以在我们的网站上找到此表格:https://countycare.com/wp-content/uploads/CCR_AuthorizedRepresentativeForm_English_110218.pdf

上诉程序

我们将在三个工作日内向您发送一封确认信,表明我们已收到您的上诉。我们将告诉您是否需要更多信息以及如何亲自或以书面形式向我们提供此类信息。

具有与您的治疗医疗服务提供者相同或相似专科的医疗服务提供者将审查您的上诉。不会是最初决定拒绝、减少或停止医疗服务的同一医疗服务提供者。

CountyCare 将在收到您的上诉请求之日起 15 个工作日内向您发送我们的书面决定。如果我们在做出决定之前需要获取更多信息,CountyCare 可能会要求再最多延长 14 个日历来对您的案件做出决定。如果您需要更多时间获取其他文件来支持您的上诉,您也可以要求我们延期。

我们将向您和您的授权代表发送决定通知。决定通知将告诉您我们的做法及原因。

如果 CountyCare 的决定与“不利福利决定”一致,您可能需要支付上诉审查期间所需的服务费。如果 CountyCare 的决定与“不利福利决定”不一致,我们将批准立即开始提供服务。

- 如果需要,您可以随时向我们提供有关您上诉的更多信息。
- 您可以选择查看您的上诉文件。
- 当 CountyCare 审查您的上诉时,您可以选择在场。

如何加快上诉速度?

如果您或您的医疗服务提供者认为我们在 15 个工作日内对您的上诉做出决定的标准时间范围将严重危及您的生命或健康,您可以通过写信或致电联系我们来请求加急上诉。如果您写信给我们,请注明您的姓名、会员 ID 号、“不利福利决定”函的日期、有关您案件的信息以及您要求加急上诉的理由。如果我们需要更多信息,我们会在 24 小时内通知您。收到所有信息后,我们将在 24 小时内致电告知您我们的决定,并向您和您的授权代表发送决定通知。

您如何撤回上诉？

在上诉过程中，您有权随时以任何理由撤回上诉。

但是，您或您的授权代表必须使用提出上诉时使用的地址以书面形式提出请求。撤回您的上诉将结束上诉程序，我们不会对您的上诉请求做出任何决定。

CountyCare 将通过向您或您的授权代表发送通知来确认您撤回上诉。如果您需要有关撤回上诉的更多信息，请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系 CountyCare。

接下来会发生什么？

收到 CountyCare 书面上诉决定通知后，您无需采取任何行动，您的上诉文件将被关闭。但是，如果您不同意针对您的上诉做出的决定，您可以在自决定通知日期起 **30 个日历日** 内采取行动，要求在州公平听证会上诉和/或要求对您的上诉进行外部审查。您可以选择请求州公平听证会上诉和外部审查，也可以选择仅提出其中一项请求。

州公平听证会

您可以选择在决定通知日期起 **120 个日历日** 内请求州公平听证会上诉，但如果您想继续享受服务，则必须自决定通知日期起 **10 个日历日** 内请求州公平听证会上诉。如果上诉失败，您可能需要支付上诉过程中向您提供的服务的费用。

在州公平听证会上，就像在 CountyCare 上诉流程中一样，您可以要求某人（例如律师或者亲戚朋友）代表您发言。要指定某人作为您的代表，请向我们发送一封信，告知我们希望某人作为您的代表，并在信中包含其联系信息。

您可以通过以下方式之一请求举行州公平听证会：

- 您当地的家庭社区资源中心可以为您提供一份申请州公平听证会的上诉表，如果您愿意，也可以帮您填写。
- 请访问 <https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals> 设置 ABE 上诉帐户并在线提交州公平听证会上诉。这将使您能够在线跟踪和管理您的上诉，查看与州公平听证会相关的重要日期和通知并提交文件。
- 如果您提交的州公平听证会上诉与您的医疗服务或物品相关，请将您的书面请求发送至：

**Illinois Department of Healthcare
and Family Services**
Bureau of Administrative Hearings
69 W. Washington Street, 4th Floor
Chicago, IL 60602
传真：(312) 793-2005
电邮：HFS.FairHearings@illinois.gov

- 您也可以致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY)
- 如果您想提交与精神健康服务或物品、药物滥用服务或任何家庭服务计划 (HSP) 服务相关的州公平听证会上诉，请将您的请求以书面形式发送至：

**Illinois Department of Human
Services Bureau of Hearings**
69 W. Washington Street, 4th Floor
Chicago, IL 60602
传真：(312) 793-8573
电邮：DHS.HSPApeals@illinois.gov

州公平听证会程序

听证会将由有权举行州公平听证会的公正听证官主持。

您将收到相应听证办公室的一封信，通知您听证会的日期、时间和地点。这封信还将提供有关听证会的信息。请务必仔细阅读这封信。如果您在 <https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals> 上创建了帐户，则可以通过 ABE 上诉帐户访问与州公平听证会流程相关的所有信件。您还可以上传文件并查看预约。

您将在听证会前至少三个工作日收到 CountyCare 的信息。其中包括我们将在听证会上提出的所有证据。该信息也将发送给公正听证官。您必须在听证会前至少三个工作日向 CountyCare 和公正听证官提供您将在听证会上出示的所有证据。这包括代表您出庭的所有证人的名单，以及您将用于支持上诉的所有文件。

您需要向相应的听证办公室通知您可能需要的任何便利服务。您的听证会可以通过电话进行。请务必在州公平听证会请求中提供在工作时间内与您联系的最佳电话号码。可能会对听证会进行录音。

继续或推迟

您可以在听证会期间请求继续，或者在听证会之前请求推迟，如果理由正当，则会获得批准。如果公正听证官同意，您和上诉各方将以书面形式收到新的日期、时间和地点。上诉程序完成的时限将根据继续或推迟的时间而延长。

未能出席听证会

如果您或您的授权代表没有按照通知上的时间、日期和地点出席听证会，并且您没有以书面形式请求推迟，您的上诉将被驳回。如果您的听证会通过电话进行，而您未在预定的上诉时间接听电话，您的上诉也将被驳回。驳回通知将发送给上诉各方。

如果您在收到驳回通知之日起 **10 个日历日** 内通知我们，并且您未能出席的原因如下所述，可能会重新安排您的听证会：

- 家人去世
- 合理地阻止您出席的人身伤害或疾病
- 意想不到的突发紧急情况

如果重新安排上诉听证会，听证办公室将向您或您的授权代表发送一封重新安排听证会的信，并将副本发送给所有上诉方。

如果我们拒绝您重新安排听证会的请求，您将收到一封通知您我们已拒绝的邮件。

州公平听证会的决定

最终行政决定将由相应的听证办公室以书面形式发送给您和所有利益相关方。也可通过您的 ABE 上诉帐户在线获取该决定。只能通过伊利诺伊州巡回法院审查此最终行政决定。巡回法院允许提交此类审查的时间可能最短为自本函发出之日起 35 天。如果您有疑问，请致电听证办公室。

外部审查(仅适用于医疗服务)

自 CountyCare 发出上诉决定通知之日起 **30 个日历日** 内，您可以选择要求 CountyCare 以外的人员进行审查。这称为**外部审查**。外部审查员必须满足以下要求：

- 协会认证的医疗服务提供者与您的治疗提供者具有相同或相似专科
- 目前正在审理中
- 对该决定没有经济利益关系
- 不认识您，审查时不会知道您的身份

外部审查不适用于通过老年人豁免获得的服务相关上诉；残疾人豁免；外伤性脑损伤豁免；艾滋病/艾滋病豁免；或家庭服务计划。

您必须在信中要求对该诉讼进行外部审查，并且应发送至：

CountyCare Health Plan

P.O.Box 21153

Eagan, MN 55121

电话: 312-864-8200 / 855-444-1661 (toll-free) / 711 (TDD/TTY)

传真: 312-548-9940

接下来会发生什么？

- 我们将审查您的请求，看看是否符合外部审查资格。我们有五个工作日的时间来完成此操作。我们将向您发送一封信，告知您的请求是否符合这些要求。如果您的请求符合要求，信件中将注明外部审查员的姓名。
- 从我们向您发送信件之日起，您有五个工作日的时间将有关您请求的任何其他信息发送给外部审查员。

外部审查员将在收到完成审查所需的所有信息后五个日历日内向您和/或您的代表以及 CountyCare 分别发送一封信，告知他们的决定。

快速外部审查

如果外部审查的正常时间范围可能危及您的生命或健康，您或您的代表可以要求加急外部审查。您可以通过电话或书面形式进行此操作。如需通过电话请求加急外部审查，请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系会员服务部。如需书面咨询，请按以下地址写信给我们。您只能针对特定诉讼请求一次外部审查。您必须在信中要求对该诉讼进行外部审查

CountyCare Health Plan

P.O.Box 21153

Eagan, MN 55121

传真:312-548-9940

接下来会发生什么？

- 收到要求加急外部审查的电话或信件后，我们将立即审查您的请求，看看是否符合加急外部审查的条件。如果符合条件，我们将联系您或您的代表，并向您提供审查员的姓名。
- 我们还将向外部审查员发送必要的信息以开始审查。
- 收到所有所需信息后会根据您的健康状况尽快安排，但不会超过两个工作日；外部审查员将对您的请求做出决定。他们将向您和/或您的代表以及 CountyCare 口头告知决定。他们还将在 48 小时内向您和/或您的代表以及 CountyCare 致函，告知决定。

权利和责任

作为 CountyCare Access 会员，我们必须尊重您的权利，不会因您行使权利而给予惩罚。

会员权利:

- 始终受到尊重和尊敬
- 除非法律允许, 否则对您的个人健康信息和医疗记录进行保密。
- 保护您免受歧视。
- 不得以任何形式的限制或隔离进行强迫、控制, 轻而易举进行打击或报复。
- 接收信息, 包括 CountyCare 提供的其他语言版本 (比如音频、大字版或盲文) 的会员手册。
- 需要时提供口译员。
- 与您的医疗服务提供者坦诚讨论针对您病情的适当或医疗必要治疗方案, 无论费用或福利承保范围如何。
- 接收有关可用治疗方案和替代方案的信息。这包括征求次要意见的权利。医疗服务提供者必须以您理解的方式解释您的治疗选择。
- 接收参与做出有关您的医疗保健治疗和选择的决定所需的信息。
- 拒绝治疗并告知拒绝治疗可能会对您的健康造成的影响。
- 收到您的医疗记录副本, 并在某些情况下要求进行修改或更正。
- 从 CountyCare 选择您自己的初级保健提供者 (PCP)。您可以随时变更您的初级保健提供者 (PCP)。
- 针对 CountyCare 或您接受的医疗服务提出投诉 (有时称为申诉) 或上诉, 而不必担心任何形式的虐待或强烈反对。
- 通过电话或书面形式对 CountyCare 的决定提出上诉。
- 在任何投诉或上诉过程中都提供口译员。
- 在合理的时间内索要并接收有关 CountyCare Access 及其医疗服务提供者、服务和政策的信息。

- 接收有关 CountyCare Access 会员权利和责任的信息。您还有权建议修改本政策。
- 以遵守联邦和州法律的方式接受医疗保健服务。CountyCare 必须为您提供承保服务。必须每周 7 天、每天 24 小时提供服务。

会员责任:

- 以有礼貌和尊重的态度对待您的医生和办公室工作人员。
- 去看医生和去药房领取处方药时, 请随身携带您的 CountyCare ID 卡。
- 遵守预约并准时前往。
- 如果您无法遵守预约, 请提前取消。
- 提供尽可能多的信息, 以便 CountyCare 及其医疗服务提供者能够为您提供最佳医疗。
- 了解您的健康问题并尽可能参与有关您的治疗目标的决定。
- 遵循指示以及您和您的医生商定的医疗服务计划。
- 如果您的地址或电话号码发生变化, 请告知 CountyCare 和您的医疗服务协调员。
- 如果您有其他保险, 请告知 CountyCare 和您的医疗服务协调员并遵循这些指南。
- 请阅读您的会员手册, 了解涵盖哪些服务以及是否有任何特殊规定。

医疗服务提供者资格和医生激励措施

您有权了解有关我们的医疗服务提供者的信息。这包括医疗服务提供者的:

- 教育
- 协会认证
- 再认证

您有权询问我们是否对我们的医生有特殊财务安排, 这可能会影响您可能需要使用的转介和其他服务。要获取此信息, 请致电我们。

欺诈、浪费和滥用

报告欺诈、浪费和滥用行为，人人有责。

如果您认为医生、牙医、药房药剂师或任何其他医疗保健提供者甚至领取福利的人行为不当，请告诉我们。

行为不当可能构成欺诈、浪费或滥用，属于违法行为。

- 欺诈是指某人获得他们无权获得的福利或钱款。
- 浪费是指某人过度使用或滥用项目服务、资源或材料，从而导致不必要费用。
- 虐待是指某人造成经济损失或伤害。

欺诈、浪费和滥用都是需要报告的事件。

告诉我们您是否认为某人：

- 针对未提供或不必要的服务收费。
- 不说出有关病症的真相便进行治疗。
- 滥用计划福利。
- 允许某人使用其 CountyCare 访问 ID。

- 使用其他人的 CountyCare 访问 ID。
- 没有说出他们需要多少金钱或资源才能获得福利的真相。



CountyCare 将不时向您发送信件，要求您确认已接受医疗服务。请查看并回复这些信件。这有助于我们防止欺诈、浪费和滥用。

我能做些什么？

如果您认为医疗保健提供者或领取福利的人行为不当，您应该立即报告。所有信息都将保密。

可以通过多种方式报告欺诈、浪费和滥用行为：

| | |
|--------------------------|--|
| CountyCare 欺诈、浪费和滥用热线 | 844-509-4669 |
| CountyCare 会员服务部 | 312-864-8200 855-444-1661 (免费) 711 (TDD/TTY) |
| HFS Medicaid /福利欺诈热线 DHS | |
| 督察长办公室 | 844-453-7283 844-ILFRAUD 800-368-1463 |
| 伊利诺伊州老龄化部 | 866-800-1409 888-206-1327 (TTY) |
| 老年人帮助热线 | 800-252-8966 |

健康、安全、福利、报告和跟进事件

伊利诺伊州法律规定有关会员健康、安全和福利的事件。它们涉及因看护人员或其他信任的人带来的伤害或严重伤害风险而可能危及弱势成人的健康、安全和福祉的行为,无论伤害是否为故意行为。

事件类型包括:

身体虐待 – 故意造成身体疼痛或伤害,或故意剥夺个人人身安全所需服务。

情感虐待 – 造成情感伤害、引发恐惧或羞耻或以其他方式对个人心理健康或安全产生负面影响的行为。

忽视 – 机构、设施、员工或看护人未能提供弱势成人保持身心健康所需的重要服务。

经济虐待 – 通过不当影响、违反信托关系、欺骗、骚扰、刑事胁迫、盗窃或其他非法或不当手段滥用或侵占弱势成人的财产或资源。

事件报告要求

根据州法律的要求,涉及会员虐待、忽视和经济虐待的事件必须向当局报告。

如何报告事件

可以通过电话、电子邮件或传真向 CountyCare 报告 CountyCare 会员相关事件。

请通过致电:**312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY)**

电邮:countycarequalityofcare@cookcountyhhs.org

传真:312-637-8312 联系会员服务部

您还可以向适当的州机构报告事件,如下所述:

- 对于 42-59 岁残疾会员或居住在社区中的年满 60 岁会员:
 - 伊利诺伊州老年人保护服务部
 - 热线电话号码:**866-800-1409 (语音) TTY: 888-206-1327**
- 对于在 DHS 运营、许可、认证或资助的计划中接受心理健康或发育障碍服务的 42-59 岁会员:
 - 伊利诺伊州公共服务部监察员办公室
 - 常用电话号码:**800-368-1463 (语音和 TTY)**

如果您或家庭成员目击、被告知或怀疑虐待、忽视、经济虐待事件或任何其他可能使会员面临风险或会员服务面临风险的事件,请务必立即报告该指控。一些示例如下所述:

要关注的身体虐待迹象:

- 拳打、击打、殴打
- 拍打、打耳光
- 推、搡、摇
- 捏、砍、切
- 不当身体约束

要关注的性虐待迹象:

- 强奸
- 约会强奸
- 强奸未遂
- 不当触摸
- 性侵犯或殴打
- 强迫裸体
- 露骨色情内容

要关注的情感虐待迹象：

- 辱骂
- 大声喊叫、欺凌
- 嘲笑、侮辱
- 威胁
- 胁迫、操纵

要关注的忽视迹象：

- 没有得到适当治疗造成的伤害
- 非生病引起的脱水或营养不良
- 肤色暗淡、眼睛或脸颊凹陷
- 弄脏的衣服或床单

- 缺乏食物、水或公用设施等必需品
- 总穿一件衣服
- 身上有跳蚤、虱子
- 不修边幅、肮脏
- 头发打结、凌乱或未梳理

要关注的经济虐待迹象：

- 未经同意获取他人资金
- 更改资产所有权
- 伪造金融交易签名
- 更改法律文件，比如遗嘱
- 出于个人原因使用他人金钱



定义

上诉是指要求您的健康计划重新审查决定。

共付额是指您为承保的医疗保健服务支付的固定金额(例如 15 美元),通常在您接受服务时支付。金额可能因承保医疗保健服务的类型而异。

耐用医疗设备是指医疗保健提供者订购的日常或长期使用的设备和用品。

医疗紧急情况是指疾病、受伤、症状或病情非常严重,以至于正常人会立即寻求救护以避免严重伤害。

急救服务是指评估医疗紧急情况,采取治疗方案,以防止病情恶化。

除外服务是指您的健康保险或计划不支付或承保的医疗保健服务。

申诉是指您向您的健康计划提出的投诉。

康复服务和设备是指帮助人们保持、学习或提高日常生活技能和功能的服务。这些服务可能包括物理和职业治疗、言语治疗以及在各种住院和/或门诊环境中为残疾人提供的其他服务。

家庭医疗保健是指某人在家中接受的医疗保健服务。

临终关怀服务是指为绝症晚期患者及其家人提供安慰和支持的服务。

住院是指需要住院治疗且通常需要过夜的医院医疗服务。过夜观察可能是门诊医疗服务。

医院门诊医疗服务是指通常无需过夜的医院医疗服务。

医疗必要是指预防、诊断或治疗疾病、受伤、病症、疾病或其症状所需的符合公认医学标准的医疗保健服务或用品。

网络外是指计划的签约医疗服务提供者网络之外的服务。在某些情况下,受益人对于网络外福利的自付费用可能会较高。

事先授权是指您的健康保险公司或计划做出的某项医疗保健服务、治疗计划、处方药或耐用医疗设备为医疗必要的决定。有时称为预授权、事先批准或预认证。您的健康保险或计划可能需要在您接受某些服务之前事先获得授权(紧急情况除外)。事先授权并不保证您的健康保险或计划将承担费用。

处方药保险是指帮助支付处方药和药物费用的健康保险或计划。

初级保健提供者是指在州法律允许的范围内为患者提供服务、协调或帮助患者获得一系列医疗保健服务的医生(医学博士或骨科医学博士)、执业护士、临床护理专家或医生助理。

康复服务和设备是指帮助人们保持、恢复或提高因生病、受伤或残疾而丧失或受损的日常生活技能和功能的医疗保健服务。这些服务可能包括各种住院和/或门诊环境中的物理和职业治疗、言语治疗和精神康复服务。

专业护理是指在《伊利诺伊州护士执业法》(225 ILCS 65/50-1 et seq.) 范围内由在该州注册护士、持证执业护士或获得从业许可的职业护士提供的护理服务。

专科医生是指专注于特定医学领域或一群患者来诊断、管理、预防或治疗某些类型的症状和病症的医生。

急救是指对疾病、受伤或状况的治疗,其严重程度足以使正常人立即寻求医疗服务,但尚不需要急诊科治疗。

免责声明

不歧视声明

歧视属于违法行为。CountyCare 遵守适用的联邦民权法,不存在种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别方面的歧视。CountyCare 不会因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而排斥或区别对待他人。

CountyCare Access:

- 为残疾人士提供免费援助和服务,以便与我们进行有效沟通,比如:
 - 合格的手语翻译员
 - 其他格式的书面信息(大字版、音频、可访问的电子格式、其他格式)
- 为母语不是英语的人提供免费语言服务,比如:
 - 合格的口译员
 - 用其他语言编写的信息

如果您需要这些服务,请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系 CountyCare 会员服务部。

如果您认为 CountyCare 未能提供这些服务或存在种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别方面的其他歧视,则可以向以下机构提出申诉:

CountyCare Health Plan

P.O.Box 21153

Eagan, MN 55121

传真:(312) 548-9940

您可以亲自或通过邮件、传真或我们的网站提出申诉。如果需要,CountyCare 申诉和上诉协调员可以帮您提出申诉。

您还可以通过民权办公室投诉门户网站

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

以电子方式向美国卫生与公共服务部民权办公室提出民权投诉,亦可通过邮件或电话进行:

U.S.Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue,

SW Room 509F, HHH Building

Washington, D.C.20201

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

投诉表格可从

<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html> 获取

英语:

注意:如果您说英语,我们可以为您提供免费的语言协助服务。请致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY)。

西班牙语:

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



波兰语:

UWAGA:Je eli mówisz po polsku, mo esz skorzysta z bezp atnej pomocy j zykowej.Zadzwoń pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711 (TDD/TTY).

繁體中文:

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 (toll-free) / 711 (TDD/TTY)。

韩语:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.312-864-8200 / 855-444-1661 (toll-free) / 711 (TDD/TTY).번으로 전화해 주십시오.

他加祿語:

PAUNAWA:Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.Tumawag sa 312-864-8200 / 855-444-1661 (toll-free) / 711 (TDD/TTY).

阿拉伯語:

الللغويّة تتوافر لك بالمجان. اتصل
312-864-8200 / 855-444-1661 (toll-free) / 711 (TDD/TTY).والبكم المصم هاتف رقم).312-864-8200 / 855-444-1661 (toll-free) / 711 (TDD/TTY).

俄語

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

古吉拉特語

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

Urdu

نابز وک پآ وت ،نیه ےتلوب ودرآ پآ رگا :رادریخ - نیه بایتس - 312-864-855-444-1661 / 8200 (TDD/TTY:711). نیم نغم تادمخ یک ددم یک لاک

越南語

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 (TDD/TTY:1-711).

意大利語

ATTENZIONE:In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti.Chiamare il numero 312-864-8200 / 855-444-1661 (TDD/TTY:711).

印地語

312-864-8200 / 855-444-1661 / 855-444-1661 (TDD/TTY:711) पर कॉल करें।

法語

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

希臘語

ΠΡΟΣΟΧΗ:Αν μιλάτε ελληνικά, στη διαθέσιμα βρ σκονται υπηρεσε ε γλωσσικ υποστ ριξη, οι οπο ε παρ χονται δωρε ν.Καλ στε 312-864-8200 / 855-444-1661 (TDD/TTY:711).

德語

ACHTUNG:Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.Rufnummer:312-864-8200 / 855-444-1661 (TDD/TTY:711).

COUNTYCARE 隐私惯例声明

本声明介绍健康计划如何使用和分享您的健康信息。它还描述如何查阅自己的健康信息。请仔细查看。

这是什么文件?

本文件称为《隐私惯例声明》，告知您 CountyCare 如何使用和分享您的健康信息。我们必须保证您的健康信息私密和安全。如果发生影响您信息隐私或安全的违规行为，我们会通知您。该声明还介绍如何获取自己的健康信息。

什么是健康信息?

“健康信息”一词是指任何可识别您身份的信息。例如，您的姓名、出生日期、有关您接受的医疗保健的详细信息或支付的医疗费用。

您为什么向我提供此声明?

法律要求我们向您发出此声明。我们必须遵循此声明中的做法。除此外所述之外,我们不会使用或分享您的信息(除非您以书面形式告诉我们可以这样做)。如果您告诉我们可以分享您的信息,您可以随时改变主意。如果您改变主意,请以书面形式告知我们。

谁遵守本声明?

与 CountyCare 合作的所有员工、承包商、顾问、医疗服务提供者、志愿者以及其他医疗保健专业人员和组织均遵守本声明。

我们如何使用和分享您的健康信息

管理您的医疗保健治疗方案。我们将使用并分享您的健康信息来帮助为您提供医疗保健。

例如:医生会向我们发送有关您的诊断和治疗方案的信息,以便我们安排其他服务。

例如:我们可能会与安排医疗保健辅助住房服务的服务机构分享您的健康信息。

用于医疗保健运营。我们将使用并分享您的健康信息来帮助完成工作。必要时我们会与您联系。我们不得使用遗传信息来决定是否为您提供保险以及该保险的价格。

例如:我们使用您的健康信息来为您提供更好的服务或确保您获得优质服务。

例如:我们向州政府提交与您的健康信息相关的数据,以表明我们遵守合同。

支付您的健康服务费用。当我们为您支付健康服务费用时,我们将使用和分享您的健康信息。

例如:我们与您的处方计划分享有关您的信息,以协调您的处方药付款。

管理您的计划。我们可能会与其他公司分享您的健康信息进行计划管理。

例如:我们会与交通公司分享您的信息,以确保您准时奔赴重要预约。

与业务伙伴分享。我们可能会与另一家称为业务伙伴的公司分享您的健康信息,我们聘请该公司为我们或代表我们提供服务。仅当业务伙伴书面同意确保健康信息私密和安全时,我们才会分享您的信息。

经您许可,我们可以使用或分享您的健康信息的方式

您可以选择我们在下述情况下分享您的信息的方式。告诉我们您希望我们做什么,我们将遵循您的指示。如果您无法告诉我们您的偏好,但我们认为这对您有利无弊,我们可能会继续分享您的信息。

与参与支付您医疗费用的人员分享。我们可能会与您的家人、朋友或参与您的医疗保健或帮助支付医疗费用的其他人分享您的健康信息。您有权要求我们不与某些人分享您的信息,但您必须告知我们。

分享有关健康相关福利、服务和治疗替代方案的信息。我们可能会告诉您有关健康服务、产品、可能的治疗方案或可供您选择的替代方案。未经您书面许可,我们不得出售您的健康信息。

敏感信息。某些类型的医疗信息非常敏感。法律可能要求我们获得您的书面许可才能分享此信息。敏感医疗信息可能包括基因检测、艾滋病毒/艾滋病检测、诊断或治疗、心理健康、酒精和药物滥用、性侵犯或体外受精。使用和分享心理治疗记录也需要您的许可。

使用您的信息进行营销。除非得到您的书面许可,否则我们不得出于营销目的使用或披露您的健康信息。

出售您的信息。除非得到您的书面许可,否则我们不得出售您的健康信息。

我们必须如何分享您的健康信息

我们还必须在有助于公共健康或安全的情况下分享您的信息。我们必须满足法律规定的许多条件,然后才能出于这些目的分享您的信息。

研究。我们可以使用或分享您的信息进行健康研究。

公共健康和安全。我们可出于公共健康和安全原因分享您的健康信息。

例如:

- 预防或控制疾病;
- 帮助报告不良产品信息;
- 报告药物不良反应;
- 告知您可能接触过某种疾病,或者可能有感染或传播疾病或病症的风险
- 在某些有限的情况下向您的雇主提供。

虐待和忽视。我们可能需要分享您的信息,以便向州和联邦机构报告涉嫌虐待、忽视或家庭暴力的行为。您可能会被告知我们正在与这些机构分享此信息。

用于救灾。我们可能会在救灾情况下分享您的健康信息。

防止严重安全威胁。我们可能会使用和分享您的医疗信息,以防止或减少对您的健康和他人或他人的健康和安全的严重威胁。

遵守法律。当联邦或州法律要求时,我们必须分享您的健康信息。

作为法律诉讼的部分内容。我们可以根据法院命令或传票分享您的健康信息。我们只会分享命令中规定的信息。如果我们收到任何其他法律要求,并且我们获悉您知道并且不反对发布,我们可能会分享您的健康信息。

与执法部门分享。当法律或法院程序要求我们这样做时,我们必须分享您的健康信息,包括以下目的:

- 识别或定位嫌疑人、逃犯、重要证人或失踪人员
- 获取有关实际或疑似犯罪受害者的信息

如果我们认为死亡因犯罪造成,或者为了报告在我们的财产方面或紧急情况下发生的犯罪行为,我们也可能与执法部门分享信息。

调查期间。如果卫生与公共服务部部长在调查侵犯隐私行为时要求提供您的信息,我们会与其分享您的信息。

特殊政府职能。我们可能会出于以下目的与以下人员分享您的健康信息:

- 授权的联邦官员
- 军队
- 用于情报、反情报和其他国家安全活动
- 保护总统

验尸官、法医和丧葬承办人。我们可能会与验尸官或法医分享健康信息,以识别死者身份或找出死因。如果丧葬承办人需要这些信息来完成工作,我们也可能会与他们分享健康信息。

卫生监督活动。某些卫生机构负责监督医疗保健系统和政府计划，或确保遵守民法。我们可能会出于这些目的与这些机构分享您的信息。

器官和组织捐献。如果您是器官捐献者，我们可能会向负责获取、运输或移植器官、眼角膜或组织的机构发布健康信息。

员工报酬。我们可能会与机构或个人分享您的健康信息，以遵守员工赔偿法或其他类似计划。

您对健康信息拥有的权利

您有权请求限制。您有权要求我们限制使用和分享您的健康信息进行治疗、付款和医疗保健运营的方式。如果这会影响到您的治疗，我们不必同意。

您必须以书面形式提交请求，并且必须签名并注明日期。您应该描述自己想要限制的信息，并告诉我们谁不应该收到此信息。您必须将书面请求提交给公司合规办公室，地址：1950 W. Polk, Suite 9217, Chicago, IL 60612。我们会告诉您是否同意您的请求。如果我们同意，我们将遵循您的请求（紧急情况下需要信息才能为您提供治疗的情况除外）。

您有权获取健康和索赔记录的副本。您有权阅读或获取健康和索赔记录的副本以及我们掌握的有关您的其他健康信息。

要查看并获取您的信息的所有副本，您必须以书面形式完成您的请求。我们将在您提出请求后 30 天内向您提供健康和索赔记录的副本或摘要。如果您索取健康和索赔记录的副本，我们可能会收取合理的成本费，用于支付与您的请求相关的复印、邮寄或其他费用。

您有权请求更改。如果您认为健康信息或付款记录不正确或不完整，您可以要求我们更改。您必须向我们发送书面请求，并且必须提供更改理由。我们无需同意更改。如果我们不同意请求的更改，我们会在 60 天内以书面形式告知您理由。如果您不同意我们的意见，可以随后发送另一个请求。此意见将附加到您想要更改或更正的信息中。

您有权要求对通信内容保密。您可以要求我们以特定方式与您联系（例如宅电或办公室电话）或将邮件发送到其他地址。我们会考虑任何合理要求。如果您告诉我们，若我们不遵循您的要求，您将面临危险，则我们必须同意。

您有权对披露的情况进行核算。您有权提出书面请求，索取我们在过去六年中分享您的健康信息的次数清单。该清单将包含我们的分享对象、分享日期以及分享理由。我们将包括除有关治疗、付款和医疗保健运营的信息以及您要求我们披露的任何信息之外披露的所有信息。我们将每年免费提供一次核算服务，但如果您在 12 个月内再次要求提供核算服务，我们将收取合理的成本费。您的书面请求必须指定一个时间段。

您有权获得本声明的纸质副本。您有权随时索取本声明的纸质副本。我们会立即向您提供纸质副本。

您有权选择某人代表您行事。如果您向某人授予医疗授权书或者某人成为您的法定监护人，则此人可以行使您的权利并对您的健康信息做出选择。在我们采取任何行动之前，我们会确保此人拥有此权限并且可以代表您行事。

艾滋病毒外展工作

CountyCare 正在与伊利诺伊州政府合作, 阻止新艾滋病毒病例。伊利诺伊州公共卫生部正在与伊利诺伊州 Medicaid 计划和伊利诺伊州管理式医疗组织分享其掌握的艾滋病毒数据, 以便为艾滋病毒感染者提供更好的医疗服务。此举将安全可靠地分享所有计划会员的姓名、出生日期、社会安全号码、艾滋病毒状况和其他信息。

变更本声明

我们可能随时变更我们的隐私政策、程序和本声明, 这些变更适用于我们掌握的您的所有相关信息。如果变更本声明, 我们的网站上会发布新声明, 并且我们会向您邮寄副本。

如果我需要报告问题, 该怎么办

如果您不满意并报告问题, 我们不会利用您的投诉来对付您。

如果您认为 CountyCare 侵犯了您的在本声明中的隐私权, 您可以向 CountyCare 或美国民权办公室提出投诉。卫生与公共服务部。

您可以向美国卫生与公共服务部民权办公室发函投诉, 地址为:

**U.S. Department of Health and Human
Services Office for Civil Rights**
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201

您也可以致电 1-877-696-6775 或访问
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>。

您可以使用以下信息联系 CountyCare 合规和隐私官, 讨论您的任何疑虑:

**Office of Corporate Compliance
Cook County Health**
1950 West Polk
Chicago, IL 60612
电话: 1-877-476-1873



您的医疗服务协调员

您可以周一至周五致电 312-864-8200 / 855-444-1661 (免费) / 711 (TDD/TTY) 联系您的医疗服务协调员。如果您有听力障碍, 请致电联系我们的 TDD/TTY 热线 711。

与您的医疗服务协调员保持联系非常重要。他们会为您提供服务方面的帮助。请务必写下您的医疗服务协调员的姓名和电话号码。

**我的 CountyCare
医疗服务协调员:** _____

电话: _____



感谢您成为

COUNTYCARE ACCESS 会员!

