CountyCare HEALTH PLAN

Certificado de Cobertura

Cómo Usar Su Certificado

Usted debe de leer todas las secciones de este Certificado, ya que varias de ellas tienen que ver una con la otra. Si sólo lee una o dos secciones es posible que no entienda bien todas las partes.

Este Certificado está sujeto a ser enmendado, modificado o cancelado sin el consentimiento del Miembro, por medio de un acuerdo mutuo entre el Condado de Cook a través del Sistema de Salud y Hospitales del Condado de Cook, quien administra el CountyCare Health Plan, así como el Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois (Illinois Department of Healthcare and Family Services - HFS, por sus siglas en inglés). Los Miembros serán notificados de dichos cambios lo más pronto posible después de que sucedan.

Al elegir la cobertura de salud CountyCare Health Plan, los Miembros conceden a todos los términos y condiciones en este Certificado.

Certificado de Cobertura

Este Certificado es emitido por el Condado de Cook a través del Sistema de Salud y Hospitales del Condado de Cook, patrocinador del CountyCare Health Plan, operando como Redes Comunitarias de Atención Médica Administrada del Condado (MCCN, Managed Care Community Networks). Tomando en cuenta la inscripción del Miembro, el CountyCare Health Plan va a proveer y/o hacer los trámites necesarios para que el Miembro reciba los servicios de salud cubiertos de acuerdo a las cláusulas de este Certificado.

EN FE DE LO CUAL, el Health Plan ha causado la implementación de este Certificado de parte de sus apropiados oficiales autorizados en la fecha indicada a continuación, de lo cual la cobertura del Certificado comenzará en la fecha efectiva indicada a continuación.

Fecha Efectiva

1 de julio de 2014

CountyCare Health Plan

Steven Glass
Director Ejecutivo de la Atención Médica Administrada / CountyCare
Sistema de Salud y Hospitales del Condado de Cook

CountyCare
HEALTH PLAN

Descripción de la Cobertura

La Ley de Reforma de la Atención Médica Administrada y de Derechos del Paciente de 1999 estableció los derechos de los afiliados en los planes de seguro médicos. Estos derechos incluyen:

- Cuales visitas a la sala de emergencia serán pagadas por su plan de seguro médico.
- Cómo puede acceder a los especialistas (aquellos dentro y fuera de la red).
- Cómo presentar quejas y apelar decisiones del plan de seguro médico (incluyendo revisiones externas independientes).
- Cómo obtener información acerca de su plan de seguro médico incluyendo información general sobre sus acuerdos financieros con los proveedores.

Le aconsejamos que revise y se familiarice con estos temas y los otros beneficios que se encuentran en la Hoja de Descripción de Cobertura. Para obtener información completa sobre sus beneficios favor de ver su contrato o certificado, o comuníquese con su plan de seguro médico ya que la Hoja de Descripción de Cobertura no es un documento legal. En casos que surja alguna inconsistencia entre su Descripción de Cobertura y el contrato o certificado, los términos del contrato o certificado serán válidos.

Para ayuda o información general, por favor comuníquese con el Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois (HFS, por sus siglas en inglés) al 800-226-0768. Por favor tenga en cuenta que el Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois no podrá darle información específica acerca del plan. Usted debe comunicarse directamente con su plan de seguro médico para obtener ese tipo de información.

HOJA DE DESCRIPCIÓN DE COBERTURA

Cobertura Básica

SU DOCTOR	• El Proveedor de Cuidado Médico Primario (PCP, por sus siglas en inglés) se elige al inscribirse. • Una mujer puede elegir a un Proveedor de Atención Médica para la Mujer (WHCP, por sus siglas en inglés) al inscribirse o en cualquier otro momento. • Puede cambiar su elección llamando a Servicios para Miembros.
DEDUCIBLE ANUAL	Ninguno
GASTOS PAGADOS POR EL MIEMBRO	Ninguno
LÍMITES DE POR VIDA	Ninguno
LÍMITES DE CONDICIONES PREEXISTENTES	Ninguno

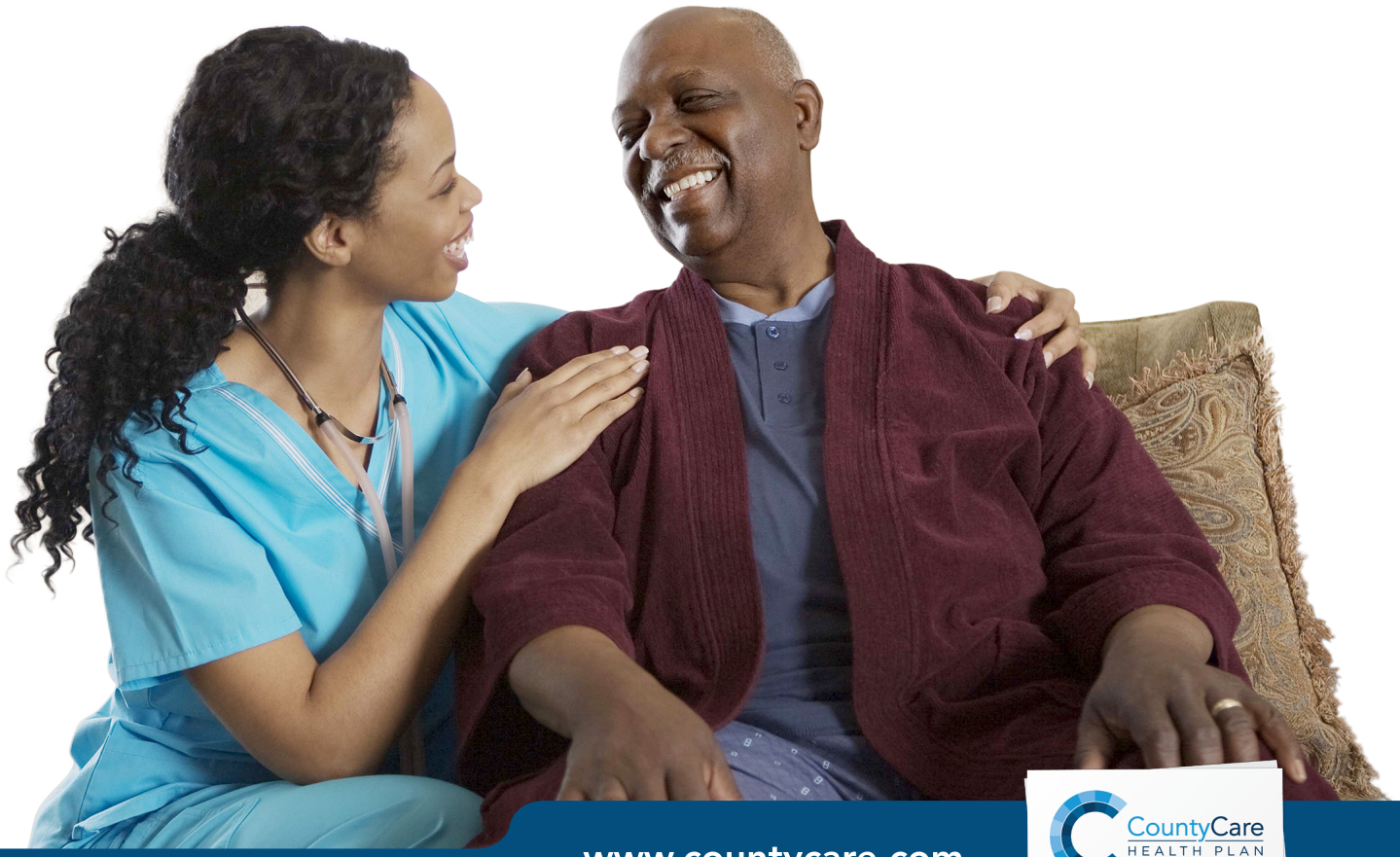
Servicios Cubiertos, Autorizaciones Previas, Límites de Beneficios y Copagos

SERVICIOS CUBIERTOS	EL DOCTOR DEBE OBTENER AUTORIZACIÓN PREVIA	LÍMITES DE BENEFICIOS	CANTIDAD DE COPAGOS
Servicios de enfermera de práctica avanzada			$0
Servicios de centro de tratamiento de cirugía ambulatoria			$0
Dispositivos de ayuda / aumentativos de comunicación			$0
Servicios de audiología		1 cada 3 años	$0
Sangre, componentes sanguíneos y la administración de los mismos			$0
Servicios quiroprácticos		Menores de 21 años	$0
Cobertura de uno o más proveedores adquiridos por las Escuelas Públicas de Chicago (CPS, por sus siglas en inglés) para la fabricación de espejuelos para niños en CPS		1 por año	$0
Servicios Dentales: Exámenes y limpiezas (1 cada 6 meses)			$0
Servicios Dentales: Tratamientos de fluoruro (1 cada año para miembros menores de 21 años)			$0
Servicios Dentales: Cirugía oral para afiliados menores de 21 años			$0
Servicios Dentales: Adultos elegibles (de 21 años de edad y mayores) podrán recibir exámenes limitados y completos; restauraciones; dentaduras postizas; extracciones; y sedación			$0
Equipo médico duradero (DME, por su siglas en inglés)	Algunos artículos requieren de Autorización Previa. Su proveedor se encargará de pedir la Autorización Previa.		$0
Servicios dentales de emergencia			$0

SERVICIOS CUBIERTOS	EL DOCTOR DEBE OBTENER AUTORIZACIÓN PREVIA	LÍMITES DE BENEFICIOS	CANTIDAD DE COPAGOS
Servicios de EPSDT para los afiliados menores de 21 años (con exclusión de enfermería de turno para los inscritos en la MFTD (exención HCBS para las personas que son médicamente frágiles y dependientes de la tecnología))			$0
Servicios de planificación familiar y suministros		Servicios disponibles de los proveedores de Medicaid que estén afiliados y/o fuera de la red	$0
FQHCs, RHCs y visitas a otras clínicas con tasa de encuentro			$0
Servicios de radiología genéticos			$0
Asesoramiento genético y pruebas	Sí		$0
Visitas de la agencia de salud a domicilio (Home health visits)	Sí		$0
Visitas a la sala de emergencia			$0
Servicios para pacientes hospitalizados			$0
Servicios ambulatorios del hospital			$0
Servicios de laboratorio y radiografía			$0
Suministros médicos, equipo, órtesis y prótesis, y equipo de respiración y suministros			$0
Servicios médicos para la salud mental proporcionados bajo la Opción Clínica de Medicaid, la Opción de Rehabilitación de Medicaid y el Programa de Administración de Casos Específicos			$0
Cuidado de enfermería para afiliados menores de 21 años no inscritos en la exención HCBS para individuos que son MFTD			$0

SERVICIOS CUBIERTOS	EL DOCTOR DEBE OBTENER AUTORIZACIÓN PREVIA	LÍMITES DE BENEFICIOS	CANTIDAD DE COPAGOS
Cuidado de enfermería con el propósito de trasladar a los niños de un hospital a un hogar u otro lugar adecuado para los afiliados menores de 21 años			$0
Servicios en una instalación de enfermería			$0
Servicios y suministros ópticos			$0
Servicios de optometría		1 examen por año calendario	$0
Servicios paliativos y de hospicio			$0
Servicios de farmacia (medicamentos utilizados en el tratamiento de la hepatitis C se cubren sólo si son dispensados de acuerdo con los criterios de cobertura aprobadas por el Departamento de Salud y Servicios a la Familia de Illinois (HFS, por sus siglas en inglés))			$0
Servicios de terapia ocupacional, física y del habla			$0
Servicios del doctor			$0
Servicios de podología			$0
Servicios posteriores a la estabilización			$0
Visitas informativas para los afiliados con necesidades especiales			$0
Interrupción del embarazo	Formulario 2390	Cubierto sólo si es necesario para salvar la vida de la mamá o para víctimas de violación/ incesto	$0
Servicios de diálisis renal			$0

SERVICIOS CUBIERTOS	EL DOCTOR DEBE OBTENER AUTORIZACIÓN PREVIA	LÍMITES DE BENEFICIOS	CANTIDAD DE COPAGOS
Equipo respiratorio y suministros			$0
Servicios para prevenir la enfermedad y promover la salud			$0
Servicios para el alcoholismo subagudo y abuso de sustancias, tratamiento diurno residencial, tratamiento diurno de desintoxicación			$0
Trasplantes a través de un proveedor de trasplante certificado por HFS			$0
Transporte para llegar a los servicios cubiertos			$0



CountyCare
HEALTH PLAN

Tabla de Contenido

Cómo Usar su Certificado 1

Certificado de Cobertura 2

Descripción de la Cobertura 4

Definiciones 11

Proveedor de Cuidado Médico Primario (PCP) Y Proveedor de Atención Médica para la Mujer (WHCP) . . 14

Servicios para Miembros 14

Servicios Cubiertos 14

- Servicios No Cubiertos 16
- Cuidado de Emergencia 16
- Cuidado cuando esté fuera del Área de Servicio 17
- Área de Servicio 17
- Cuidado Especializado 17

Quejas y Apelaciones 17

- Quejas 17
- Apelaciones 18

Derechos y Responsabilidades del Miembro 24

- Derechos Civiles 25
- Cualificaciones del Proveedor e Incentivos para Doctores. 25
- Voluntades Anticipadas: Testamento Vital o un Poder Notarial para Cuidado Médico 26
- Responsabilidades de los Miembros 26

Significado de Términos

"Acción" significa (i) negar o limitar la autorización de un servicio solicitado; (ii) reducir, suspender o cancelar un servicio previamente autorizado; (iii) negar el pago por un servicio; (iv) falta de proveer servicios en un tiempo adecuado; (vi) si el Health Plan es la única organización de atención médica administrada contratada con el Departamento el cual provee servicio a las áreas rurales, negar la solicitud de un Miembro para recibir servicios fuera del área contratada aprobada, (v) el no responder a una apelación en el tiempo adecuado; y (vi) si el Health Plan es la única organización de atención médica administrada contratada con el Departamento el cual provee servicio a las áreas rurales, negar la solicitud de un Miembro para recibir servicios fuera del área contratada aprobada.

"Apelación" significa una solicitud para que se revise una decisión hecha por el Health Plan referente a una Acción.

"Crónica" significa una enfermedad o lesión que es, o probable sea, pero no es necesariamente, de duración a largo plazo y/o surge frecuentemente y está presente constantemente de mayor o menor grado. Condiciones crónicas pueden tener episodios agudos.

"Contrato" significa el acuerdo entre el Health Plan y el Departamento, el cual permite que esta cobertura esté disponible para las Personas Elegibles.

"Servicios Cubiertos", Servicios Cubiertos y Beneficios, Limitaciones y Exclusiones, son esos beneficios, servicios y suministros que el CountyCare Health Plan of Illinois, Inc., ("Health Plan") ha contratado con el Departamento para tramitar para los Miembros.

"Departamento" significará el Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois (Illinois Department of Healthcare and Family Services).

"Dependiente" significará un individuo que cumple con los requerimientos del Programa de Asistencia Médica, el cual es miembro de un caso de asistencia médica y es una Persona Elegible.

"Fecha Efectiva" significará la fecha en la cual la cobertura del Miembro será efectiva.

"Persona Elegible" ssignificará toda persona cubierta bajo el Contrato.

"Condición Médica de Emergencia" significa una condición médica la cual se está manifestando a través de síntomas agudos los cuales son severos (incluyendo, pero no limitado a dolor severo) al punto que una persona prudente y sin conocimientos profesionales, quien posee un conocimiento básico de la salud y medicina, puede tener la expectativa de que si no toma acción inmediata podría:

- poner en riesgo la salud de un individuo o si fuese una mujer embarazada, poner en riesgo la vida de la mujer o su feto;
- causar impedimentos severos a las funciones corporales; o
- causar impedimentos severos a los órganos corporales o partes del cuerpo

"Servicios de Emergencia" significa los Servicios Cubiertos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, incluyendo transporte, necesarios para evaluar o estabilizar una Condición Médica de Emergencia, los cuales son brindados por un proveedor calificado para proveer servicios de emergencia.

La necesidad de servicios médicos relacionados con el embarazo, incluyendo atención prenatal o el parto, que reciba un Miembro que este viajando fuera del Área de Servicio durante el tercer trimestre de embarazo en contra de sugerencia médica, no será considerado como una Emergencia, con la excepción de que el Miembro esté fuera del Área de Servicio debido a circunstancias fuera de su control.

"Afiliado" significará una Persona Elegible inscrita en el Health Plan bajo el Contrato. (Ver Miembro).

"EPSDT" significará Servicios de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento proveídos a niños bajo el Título XIX de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. § 1396 et seq.).

"Exclusión" es un artículo o servicio que no es un Servicio Cubierto bajo el Contrato.

"Queja" significa la insatisfacción expresada por el Miembro, incluyendo las quejas acerca de cualquier tema que no incluye una Apelación activa.

"Hospital" es una instalación operada legalmente, definida como un hospital para atención aguda o terciario, con licencia del Estado y aprobada por La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica (JCAHO, por sus siglas en inglés), la Asociación Americana de Osteopatía (AOA, por sus siglas en inglés) o por el programa de Medicare.

"Programa de Asistencia Médica" se refiere al Programa de Asistencia Médica de HFS administrado por el Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois.

"Director Médico" es un Doctor designado por el Health Plan para supervisar y revisar el uso y la calidad de los servicios de salud proveídos a los Miembros.

"Médicamente Necesario" significa que un servicio, suministro o medicina es apropiado y cumple con los estándares de buenas prácticas en la comunidad médica para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones cubiertas, para la prevención de enfermedades futuras, para permitir que el Miembro obtenga, conserve o recupere la capacidad funcional, o para lograr el desarrollo adecuado a la edad, según determinado por el proveedor y de acuerdo con las normas, pólizas y/o procedimientos del Health Plan.

"Miembro" ver Afiliado.

"Servicios Fuera del Área" son los Servicios Cubiertos los cuales son tramitados o recibidos fuera del Área de Servicio y son limitados a Servicios de Emergencia.

"Proveedor Participante" es un Proveedor quien, en el momento de recetar o proveer los Servicios Cubiertos al Miembro, tiene un contrato directo o indirecto con el Health Plan para brindar y/o coordinar los Servicios Cubiertos y está actualmente inscrito como un proveedor con el Programa de Asistencia Médica. El Contrato del Proveedor Participante con el Health Plan puede ser cancelado en cualquier momento. Como resultado puede ser requerido que el Miembro utilice otro Doctor Participante.

"Proveedor Participante" es un Proveedor, un grupo médico, Hospital, Instalación de Enfermería Especializada, agencia de cuidado médico a domicilio o cualquier otra institución con licencia apropiada o personal profesional de salud que ha sido contratado directamente o indirectamente con el Health Plan para proveer o proporcionar a los Miembros los Servicios Cubiertos y está actualmente inscrito como un proveedor con el Programa de Asistencia Médica. El contrato del Proveedor Participante con el Health Plan puede ser cancelado en cualquier momento. Como resultado puede ser requerido que el miembro utilice otro Proveedor Participante.

"Doctor" es una persona con licencia bajo la Ley de Prácticas Médicas del 1987 (Medical Practice Act of 1987).

"Servicios Posteriores a la Estabilización" son servicios medicamente necesarios, que no son de emergencia médica, proveídos a un Miembro después de que el Miembro se Estabilice y para que él/ella conserve dicha Estabilización después de una Condición Médica de Emergencia.

"Proveedor de Cuidado Médico Primario" ("PCP") es un Proveedor Participante quien tiene la responsabilidad primordial de proveer, tramitar o coordinar todo aspecto del cuidado de salud del Miembro. El Miembro debe elegir o permitir que alguien elija de su parte a un PCP. El contrato del PCP con el Health Plan puede ser cancelado en cualquier momento. Como resultado puede ser requerido que el Miembro utilice otro PCP.

"Área de Servicio" es el área geográfica dentro del cual el Health Plan ha recibido aprobación regulatoria para operar y es asignado bajo el Contrato donde el Miembro está inscrito.

"Terapia de Rehabilitación de Corto Plazo" es la terapia de rehabilitación limitada para condiciones las cuales son sujetas a mejoramientos clínicos significativos dentro de un plazo de dos (2) meses a partir del primer día de cuidado, según determinado de antemano y en un lapso de tiempo razonable por el PCP del Miembro y el Director Médico del Health Plan, al menos que sea especificado en el Adjunto A.

"Cuidado de Enfermería Especializada" significa los Servicios Cubiertos que sólo pueden ser administrados por o bajo la supervisión de un personal de enfermeras licenciadas.

"Instalación de Enfermería Especializada" es una instalación que tiene una licencia del Estado la cual provee cuidado agudo especializado de enfermería para pacientes hospitalizados, servicios de rehabilitación severa u otros servicios de salud severos que estén relacionados.

"Doctor de Cuidado Especializado" es un Doctor que provee ciertos cuidados médicos especializados cuando un Miembro es referido por su Proveedor de Cuidado Primario y está actualmente inscrito como un proveedor con el Programa de Asistencia Médica y está autorizado por el Health Plan.

"Estabilización o Estabilizar" significa, cuando se refiere a una Condición Médica de Emergencia y determinado por un Doctor de turno de la sala de emergencia u otro proveedor que esté administrando el tratamiento, dentro de una probabilidad médica razonable, que no será probable que suceda un deterioro de la condición cuando el paciente sea dado de alta o transferido a otra instalación.

"Costos Normales y Habituales" es el costo actual basado en la lista de costos del Programa de Asistencia Médica en el Área de Servicio del Miembro. Si el Miembro tiene alguna pregunta acerca de cómo el Health Plan determina los Costos Normales y Habituales en una situación específica, él/ella puede llamar a Servicios para Miembros.

"Proveedor de Atención Médica para la Mujer" (WHCP, por su siglas en inglés) es un doctor con licencia para practicar medicina en todas las ramas pero con una especialidad en obstetricia o ginecología, o con una especialidad en medicina para la familia y que es un Doctor Participante y elije ejercer como WHCP.

Proveedor de Cuidado Médico Primario (PCP) y Proveedor de Atención Médica para la Mujer (WHCP)

Cada Miembro de CountyCare debe elegir o permitir que alguien elija de su parte a un PCP o WHCP quien proveerá o coordinará ciertos servicios médicos de cuidado primario y quien también coordinará los otros Servicios Cubiertos que el Miembro recibirá de los otros Proveedores Participantes. Además de elegir un PCP, todas las mujeres tienen la opción de elegir un WHCP aunque no es requerido. Si un Miembro recibe servicios a través de un Doctor o proveedor de cuidado de salud que no sea su PCP/WHCP asignado y si estos servicios no fueron solicitados por el PCP/WHCP del miembro y autorizados por el Health Plan, dichos servicios no serán cubiertos al menos que sea una Emergencia real. Los Miembros pueden llamar a la línea de Servicios para Miembros para cambiar su PCP/WHCP.

Servicios para Miembros

CountyCare tiene un Departamento de Servicios para Miembros que está disponible para responder a sus preguntas o inquietudes. Si usted tiene alguna pregunta acerca de las cláusulas de este Certificado, cómo puede obtener servicios bajo este Certificado o si tiene alguna otra pregunta, por favor llame a Servicios para Miembros de CountyCare al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY). Servicios para Miembros está disponible de lunes a viernes de 8:30 AM – 8:00 PM y los sábados de 9:00 AM – 1:00 PM (horario de zona central).

Servicios para Miembros puede:

- Reemplazar su tarjeta de identificación
- Resolver quejas del miembro
- Asistir con los referidos para ver especialistas
- Asistir en cambiar de PCP o WHCP
- Asistir en presentar quejas o apelaciones

Servicios Cubiertos

Todos los servicios deben ser médicamente necesarios y algunos servicios requieren aprobación previa. Su proveedor enviará cualquier autorización previa necesaria. No es necesario que usted nos contacte para solicitar una autorización previa. Su proveedor se encargará de esto. Una autorización previa no es requerida para servicios aprobados por exención para las personas elegibles para dicha exención: personas con discapacidades, envejecientes, instalación de asistencia en la vivienda, lesión cerebral y miembros con exención por el virus VIH/SIDA.

- Servicios de enfermera de práctica avanzada
- Servicios de centro de tratamiento de cirugía ambulatoria
- Dispositivos de ayuda / aumentativos de comunicación
- Servicios de audiología
- Sangre, componentes sanguíneos y la administración de los mismos
- Servicios quiroprácticos para los afiliados menores de 21 años
- Cobertura de uno o más proveedores adquiridos por las Escuelas Públicas de Chicago (CPS, por sus siglas en inglés) para la fabricación de espejuelos para niños en CPS

- Servicios dentales para niños, adultos y servicios adicionales para mujeres embarazadas
- Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)
- Servicios dentales de emergencia
- Servicios de EPSDT para los afiliados menores de 21 años (con exclusión de enfermería de turno para los inscritos en la MFTD (exención HCBS para las personas que son médicamente frágiles y dependientes de la tecnología))
- Servicios de planificación familiar y suministros
- FQHCs, RHCs y visitas a otras clínicas con tasa de encuentro
- Servicios de radiología genéticos
- Asesoramiento genético y pruebas
- Visitas de la agencia de salud a domicilio
- Visitas a la sala de emergencia
- Servicios para pacientes hospitalizados
- Servicios ambulatorios del hospital
- Servicios de laboratorio y radiografía
- Suministros médicos, equipo, órtesis y prótesis, y equipo de respiración y suministros
- Servicios médicos para la salud mental proporcionados bajo la Opción Clínica de Medicaid, la Opción de Rehabilitación de Medicaid y el Programa de Administración de Casos Específicos
- Cuidados de enfermería para afiliados menores de 21 años no inscritos en la exención HCBS para individuos que son MFTD
- Cuidados de enfermería con el propósito de trasladar a los niños de un hospital a un hogar u otro lugar adecuado para los afiliados menores de 21 años
- Servicios en una instalación de enfermería
- Servicios y suministros ópticos
- Servicios de optometría
- Servicios paliativos y de hospicio
- Servicios de farmacia (medicamentos utilizados en el tratamiento de la hepatitis C se cubren sólo si son dispensados de acuerdo con los criterios de cobertura aprobadas por el Departamento de Salud y Servicios a la Familia de Illinois)
- Servicios de terapia ocupacional, física y del habla
- Servicios del doctor
- Servicios de podología
- Servicios posteriores a la estabilización
- Visitas informativas para los afiliados con necesidades especiales
- Interrupción del embarazo si es médicamente necesario según definido por la ley de Illinois
- Servicios de diálisis renal
- Equipo respiratorio y suministros
- Servicios para prevenir la enfermedad y promover la salud
- Servicios para el alcoholismo subagudo y abuso de sustancias, tratamiento diurno residencial, tratamiento diurno de desintoxicación
- Trasplantes a través de un proveedor de trasplante certificado por HFS
- Transporte para llegar a los servicios cubiertos

SERVICIOS NO CUBIERTOS

El programa estatal de Medicaid proveído a través de CountyCare no cubre todos los servicios. Los servicios no cubiertos incluyen pero no se limitan a:

- Cirugía cosmética electiva
- Tratamientos de la infertilidad
- Tratamientos experimentales
- Servicios que no son medicamente necesarios
- Interrupción voluntaria del embarazo
- Ciertos servicios dentales; algunos ejemplos incluyen pero no se limitan a: implantes, dentadura postiza parcial, etc.
- Ciertos servicios de transportación. Algunos ejemplos incluyen transportación al supermercado o a la farmacia.

Si usted no está seguro si algún servicio está cubierto, por favor llámenos al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY). Nosotros le podremos informar si el servicio está cubierto o no.

CUIDADO DE EMERGENCIA

Si tiene una verdadera emergencia llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Los servicios de emergencia están cubiertos aunque el proveedor no sea parte de la red del Plan.

Una Condición Médica de Emergencia es una condición repentina o lesión severa con síntomas graves que, si no reciben atención médica de inmediato, pueden resultar en:

- Peligro grave para la salud del paciente
- Daños severos a las funciones corporales incluyendo los órganos
- Desfiguramiento
- Riesgo a la vida de la mujer o su feto (en el caso de una mujer embarazada)

Ejemplos de situaciones de emergencia que se presentan repentinamente o que presentan un riesgo a su vida:

- Asfixia o atragantamiento (si se está ahogando o por comida)
- Dificultad para respirar
- Sospecha de envenenamiento
- Huesos rotos que penetran la piel
- Sospecha de infarto cardíaco
- Sospecha de derrame cerebral
- Quemaduras graves
- Asalto/agresión sexual
- Sangrado grave o fuera de lo normal
- Pérdida repentina de la vista, del habla o de la movilidad
- Lesiones al cuello o a la espalda
- Pérdida de conocimiento o desmayos
- Ataques convulsivos prolongados o recurrentes
- Convulsiones
- Inconsciencia (desmayo)
- Temor inmediato de que usted pueda hacerse daño a sí mismo o a los demás

CUIDADO FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO

Si usted necesita cuidado médico durante una situación de emergencia, pero está demasiado lejos de su hogar para ir a su PCP asignado, vaya al hospital, a una clínica o al doctor más cercano a usted. Para el cuidado urgente o rutinario lejos de casa, debe recibir la aprobación de CountyCare para utilizar a un proveedor diferente. Para recibir esta aprobación, llame a los Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/ TTY).

Esto es necesario para que usted no reciba cargos por los servicios. Debe recibir cuidado de los proveedores y hospitales dentro de la red. Usted debe obtener nuestra aprobación si consulta a un proveedor que no está dentro de la red. La única excepción es el tratamiento de condiciones médicas de emergencia.

ÁREA DE SERVICIO

CountyCare cubre a miembros que viven dentro del Condado de Cook.

CUIDADO MÉDICO ESPECIALIZADO

Un especialista es un doctor que trabaja en un área específica de medicina. Por ejemplo, el corazón, la piel o los huesos. Su PCP puede referirlo con un especialista si es necesario. En algunos casos, se le podrá asignar a un proveedor especializado como PCP debido a una condición crónica que usted tenga.

Como miembro de CountyCare, usted no necesita un referido para consultar con un especialista, pero es preferible que usted consulte con su PCP primero. Su PCP puede determinar si es necesario que usted consulte con un especialista y así mismo recomendar a un especialista para tratar su condición de salud. Si necesita servicios de salud mental, no necesita un referido siempre y cuando utilice a un proveedor dentro de la red de CountyCare. Si necesita ayuda para obtener una cita, por favor comuníquese con su Coordinador de Cuidado Médico o con los Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).

Protesta, Quejas y Apelaciones

Nosotros queremos que usted esté contento con los servicios que recibe de CountyCare y de nuestros proveedores. Si usted no está contento, puede presentar una queja o apelación.

QUEJAS

Una queja es una protesta acerca de cualquier asunto que no sea un servicio o un artículo médico negado, reducido o cancelado.

CountyCare toma las quejas de los miembros muy seriamente. Queremos saber lo que está mal para así saber cómo mejorar nuestros servicios.

Si usted tiene una queja acerca de un proveedor o de la calidad del cuidado médico o de los servicios que ha recibido, debe avisarnos de inmediato. CountyCare tiene en pie procedimientos especiales para ayudar a los miembros que presentan quejas. Nos esforzamos a responder a sus preguntas o a ayudarle a resolver sus inquietudes. La presentación de una queja no afectará sus servicios de cuidado de salud, ni sus beneficios cubiertos.

A continuación se encuentran algunos ejemplos de situaciones que pueden llevarlo a presentar una queja:

- Su proveedor o un miembro del personal de CountyCare no respetó sus derechos.
- Usted tuvo dificultades en hacer una cita con su proveedor dentro de un plazo de tiempo apropiado.
- Usted quedó descontento con la calidad del cuidado o con el tratamiento que recibió.
- Su proveedor o un miembro del personal de CountyCare le trató de forma descortés (grosería).
- Su proveedor o un miembro del personal de CountyCare fue insensible hacia sus necesidades culturales u otras necesidades especiales que pueda tener.

Usted puede presentar su queja por teléfono al llamar a los Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) o 711 (TDD/TTY).

Usted también puede presentar su queja por escrito vía correo postal o facsímile a la siguiente dirección:

CountyCare Health Plan
P.O. Box 21153
Eagan, MN 55121
Facsímile: 312-548-9940

En la carta en la cual presenta su queja, trate de dar toda la información posible. Por ejemplo, incluya la fecha y el lugar donde sucedió el episodio, los nombres de las personas involucradas y detalles acerca de lo que sucedió. Asegúrese de incluir su nombre y su número de tarjeta de identificación de miembro. Usted también puede pedirnos ayuda para presentar su queja al llamar a los Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) o 711 (TDD/TTY).

Si no habla inglés, podemos proporcionarle un intérprete sin costo alguno para usted. Por favor, indíquenos si desea un intérprete cuando presente su queja. Si usted tiene impedimentos auditivos, llame a la Línea de Retransmisión de Illinois al 711.

En cualquier momento durante el proceso de su queja, usted puede pedir que otra persona a quien conoce lo represente o que actúe en su lugar. Esta persona será "su representante". Si usted decide que otra persona lo represente o que actúe en su lugar, notifíquele por escrito a CountyCare el nombre de su representante y sus datos de contacto.

Trataremos de resolver su queja de inmediato. Usted recibirá una carta de CountyCare con nuestra resolución.

APELACIONES

Es posible que usted no esté de acuerdo con la decisión o la acción tomada por CountyCare acerca de sus servicios o del artículo que haya solicitado.

Una apelación es una manera en que usted puede pedir que reconsideremos nuestra decisión. Usted puede apelar dentro de 60 días a partir de la fecha de nuestro formulario de Aviso de Acción (Notice of Action). Si usted desea que sus servicios permanezcan igual mientras tramita su apelación, usted debe indicarlo cuando presente la apelación y debe presentar tal apelación a más tardar 10 días a partir de la fecha de nuestro formulario de Aviso de Acción (Notice of Action). La lista a continuación incluye ejemplos de situaciones que pueden llevarlo a presentar una apelación.

- CountyCare no aprobó o no pagó un servicio o artículo solicitado por su proveedor
- CountyCare suspendió un servicio que fue aprobado previamente
- CountyCare no le dio el servicio o el artículo en un plazo de tiempo apropiado
- CountyCare no le notificó de su derecho de libertad para escoger a proveedores
- CountyCare no aprobó un servicio para usted porque el servicio no estaba dentro de nuestra red

Si nosotros decidimos que un servicio o artículo solicitado no puede ser aprobado o si un servicio es reducido o detenido, le enviaremos una carta de Aviso de Acción (Notice of Action). Esta carta le informará de lo siguiente:

- Qué acción se tomó y el motivo
- Su derecho de presentar una apelación y cómo hacerlo
- Su derecho de pedir una Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing) y cómo hacerlo
- Su derecho de pedir una apelación acelerada en algunas circunstancias y cómo hacerlo
- Su derecho de pedir que continúen los beneficios mientras dure la apelación, cómo hacerlo y en qué situación tendrá que pagar por los servicios

Estas son dos maneras de presentar una apelación:

1. Llame a los Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY). Si usted presenta una apelación por teléfono, usted debe acompañar la llamada con una solicitud de apelación escrita y firmada.
2. Envíe su solicitud de apelación escrita por correo o por facsímile a:

CountyCare Health Plan
P.O. Box 21153
Eagan, MN 55121

Si no habla inglés, podemos proporcionarle un intérprete sin costo alguno para usted. Por favor indíquenos si desea un intérprete cuando presente su apelación. Si usted tiene impedimentos auditivos, llame a la Línea de Retransmisión de Illinois al 711.

¿Puede ayudarle otra persona a tramitar una apelación?

Usted tiene varias opciones de ayuda. Entre ellas, usted puede:

- Pedir que alguien a quien conoce le ayude siendo su representante. Por ejemplo, puede ser su doctor primario o un miembro familiar.
- Decidir que un profesional legal lo represente.
- Si usted es beneficiario de los servicios de Exención por Discapacidad, de Exención por Lesiones Cerebrales Traumáticas o de Exención por VIH/SIDA, usted también puede comunicarse con el Programa de Asistencia al Cliente (CAP, por sus siglas en inglés) para pedir su ayuda al 800-641-3929 (Audio) o 888-460-5111 (TTY).

Para designar a alguien para representarlo, puede: 1) enviarnos una carta donde nos informa de su deseo de que otra persona lo represente e incluya sus datos de contacto en la carta o, 2) llenar el formulario de Apelaciones por Representante Autorizado (Authorized Representative Appeals). Usted puede obtener este formulario en nuestro sitio web al **www.countycare.com**.

Proceso de Apelación

Le enviaremos una carta de reconocimiento dentro de un plazo de tres días laborables indicándole que hemos recibido su apelación. Le informaremos si necesitamos más información y cómo darnos dicha información, ya sea en persona o por escrito.

Un proveedor con la misma especialidad o una especialidad parecida al proveedor que le atiende reconsiderará su apelación. No será el mismo proveedor que tomó la decisión original de negar, reducir o suspender el servicio médico.

CountyCare le enviará nuestra decisión por escrito dentro de 15 días laborables a partir de la fecha en que se recibió su solicitud de apelación. CountyCare puede pedir una extensión de hasta 14 días más para tomar una decisión acerca de su caso si es que nos hace falta más información antes de que tomemos la decisión. Usted también puede pedirnos una extensión si necesita más tiempo para obtener otros documentos en apoyo a su apelación.

Le llamaremos para informarle de nuestra decisión y le enviaremos a usted y a su representante autorizado un Aviso de la Decisión (Decision Notice). El Aviso de la Decisión (Decision Notice) le informará de la decisión y la razón.

Si la decisión de CountyCare coincide con el Aviso de Acción (Notice of Action), es posible que usted tenga que pagar el costo de los servicios que recibió durante el proceso de apelación. Si la decisión de CountyCare no coincide con el Aviso de Acción (Notice of Action), autorizaremos el inicio de los

servicios inmediatamente.

Algunas cosas que debe tener en cuenta durante el proceso de apelación:

- En cualquier momento, usted puede darnos más información acerca de su apelación, si es necesario.
- Usted tiene la opción de ver el expediente de su apelación.
- Usted tiene la opción de estar presente cuando CountyCare reconsidere su apelación.

¿Cómo puede usted acelerar su apelación?
Si usted o su proveedor cree que nuestro plazo estándar de 15 días laborables para tomar una decisión acerca de su apelación podría comprometer su vida o su salud de forma grave, usted puede pedir una apelación acelerada por escrito o al llamarnos.

Si usted nos escribe, por favor incluya su nombre, su número de tarjeta de identificación de miembro, la fecha de su carta de Aviso de Acción (Notice of Action) y la información acerca de su caso y el motivo por cual pide usted la apelación acelerada. Le haremos saber dentro de un plazo de 24 horas si necesitamos más información.

Una vez que hayamos recibido toda la información, le llamaremos dentro de un plazo de 24 horas para informarle de nuestra decisión y también le enviaremos a usted o a su representante autorizado el Aviso de la Decisión (Decision Notice).

¿Cómo puede usted retractar una apelación?
Usted tiene derecho a retractar su apelación por cualquier motivo, en cualquier momento, durante el proceso de apelación.

Sin embargo, usted o su representante autorizado debe hacerlo por escrito y usar la misma dirección que usó para presentar su apelación. La retracción de su apelación finalizará el proceso de apelación y no se tomará ninguna decisión con respecto a su solicitud de apelación.

CountyCare reconocerá su retracción de apelación enviándole un aviso a usted o a su representante autorizado. Si necesita más información acerca de cómo retractar su apelación, llame a CountyCare al 312-864-8200 / 855-444- 1661 (llamada sin cargos) o 711 (TDD/TTY).

¿Qué pasa después?
Después de recibir el Aviso de la Decisión (Decision Notice) de la apelación de CountyCare por escrito, usted no tiene que hacer nada más y el expediente de su apelación será cerrado. Sin embargo, si usted no está de acuerdo con la decisión que se ha tomado con respecto a su apelación, puede tomar otra acción al pedir una apelación en forma de una Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing) y/o una reconsideración externa de su apelación dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha del Aviso de la Decisión (Decision Notice). Puede pedir las dos opciones, una Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing) y una reconsideración externa, o puede simplemente elegir una de ellas.

AUDIENCIA IMPARCIAL DEL ESTADO (STATE FAIR HEARING)

Si usted decide, usted puede pedir una apelación en forma de una Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing) dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha del Aviso de la Decisión (Decision Notice). Sin embargo, si usted desea que continúen sus servicios debe de pedir una apelación a través de la Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing) dentro de un plazo de 10 días a partir de la fecha del Aviso de la Decisión (Decision Notice). Si usted no gana esta apelación, es posible que tenga que pagar por los servicios que le fueron otorgados durante el proceso de apelación.

Igual que el proceso de apelación con CountyCare, usted puede pedir que alguien lo represente en la Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing). Por ejemplo, lo puede representar un abogado, un familiar o un amigo.

Usted puede pedir una Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing) de las siguientes dos maneras:

- Su centro local de recursos comunitarios para la familia puede darle un formulario de apelación para pedir una Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing) y le ayudará a llenarlo, si así lo desea.
- Si usted desea presentar una apelación en forma de Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing) relacionada con sus servicios o artículos médicos, o los servicios bajo la Exención para los Envejecientes (Programa de Cuidado Comunitario (CCP, por sus siglas en inglés)), envíe su solicitud por escrito a:

Illinois Department of Healthcare and Family Services
69 W. Washington, 4th Floor
Chicago, Illinois 60602
Facsímile: 312-793-2005

O puede llamar al 855-418-4421 / 800-526-5812 (TTY).

- Si desea presentar una apelación para una Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing) en relación con los servicios de Exención para Personas con Discapacidades, los servicios de Exención por Lesiones Cerebrales Traumáticas, los servicios de Exención por VIH/SIDA o cualquier servicio del Programa Servicios en el Hogar (HSP, por sus siglas en inglés), envíe su solicitud por escrito a:

Illinois Department of Human Services
Bureau of Hearings
69 W. Washington, 4th Floor
Chicago, Illinois 60602
Facsímile: 312-793-8573

O llame al 800-435-0774 / 877-734-7429 (TTY).

Proceso de la Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing)

La audiencia se llevará a cabo por un Oficial Imparcial de Audiencias (Impartial Hearing Officer), quien está autorizado para llevar a cabo Audiencias Imparciales del Estado (State Fair Hearing). Usted recibirá una carta del Oficial Imparcial de Audiencias (Impartial Hearing Officer) asignado a usted, en donde le informará de la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. Esta carta también le dará información acerca de la audiencia. Es importante que usted lea esta carta cuidadosamente.

Por lo menos tres días laborables antes de la fecha de la audiencia, usted recibirá información de parte de CountyCare. Se incluirán todas las pruebas que vamos a presentar en la audiencia. También, se enviará una copia de la misma al Oficial Imparcial de Audiencias (Impartial Hearing Officer). Usted debe entregar todas las pruebas que va a presentar durante la audiencia a CountyCare y al Oficial Imparcial de Audiencias (Impartial Hearing Officer) por lo menos tres días laborables antes de la fecha de la audiencia. Esto incluye una lista de los testigos que se presentarán en apoyo a usted, así como todos los documentos a que recurrirá en apoyo de su apelación.

Usted tendrá que notificar al Oficial de Audiencias (Hearing Officer) apropiado de cualquier acomodación que pueda necesitar. Su audiencia puede llevarse a cabo por teléfono. Asegúrese de proporcionar el mejor número de teléfono para hablar con usted durante el horario laboral en su solicitud para una Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing). La audiencia podrá ser grabada.

Continuación o Aplazamiento

Usted puede pedir una continuación durante la audiencia o un aplazamiento antes de la audiencia, el cual se le podrá conceder si existe una buena justificación.

Si el Oficial Imparcial de Audiencias (Impartial Hearing Officer) está de acuerdo, usted y toda persona que forma parte de la apelación serán notificados por escrito de la nueva fecha, la hora y el lugar. El plazo de tiempo para resolver el proceso de apelaciones se extenderá por el tiempo de la continuación o del aplazamiento.

Incumplimiento por no presentarse a la audiencia

Su apelación será descartada si usted, o su representante autorizado, no se presenta a la audiencia en la fecha, la hora y en el lugar indicado en el aviso y si usted no ha pedido un aplazamiento por escrito. Si su audiencia se lleva a cabo por teléfono, será descartada si no contesta el teléfono a la hora programada para la apelación. Se enviará un Aviso de Desestimación (Dismissal Notice) a toda persona que forma parte de la apelación.

Se puede programar su audiencia de nuevo si nos notifica dentro de 10 días a partir de la fecha en que usted recibió el Aviso de Desestimación (Dismissal Notice) si el motivo por el cual no se presentó la audiencia fue por causa de:

- Fallecimiento en su familia
- Una lesión corporal o enfermedad que razonablemente prohibiría que usted estuviera presente
- Una emergencia repentina e imprevisible

Si se programa una nueva fecha para la audiencia de apelación, el Oficial de Audiencias (Hearing Officer) le enviará a usted o a su representante autorizado una carta en que estará asignada la nueva fecha de la audiencia con copias para todas las personas involucradas en la apelación.

Si negamos su solicitud para una nueva fecha de audiencia, usted recibirá una carta por correo en la cual le informaremos que lo hemos negado.

Decisión de la Audiencia Imparcial del Estado (State Fair Hearing)

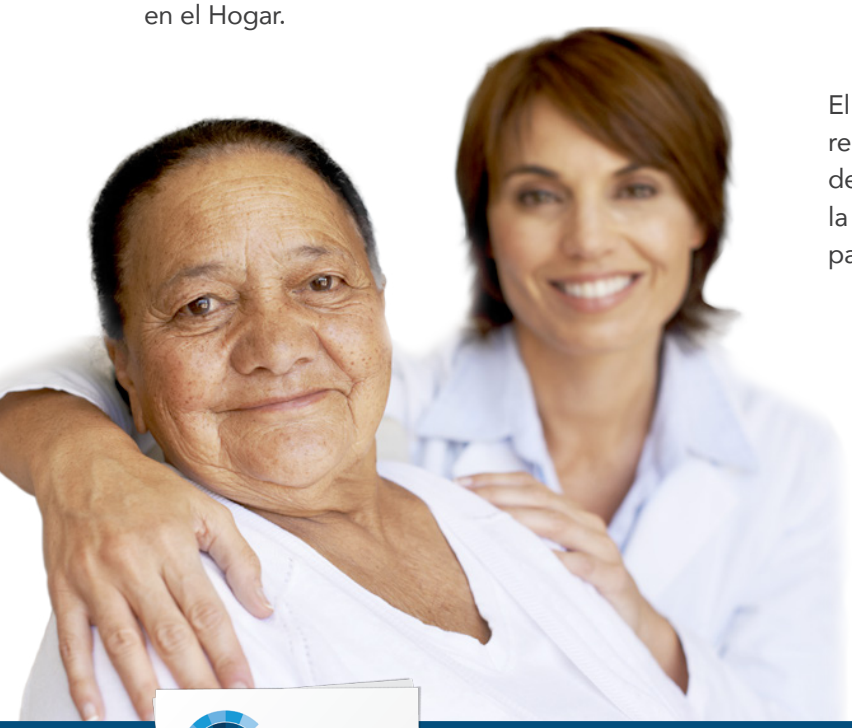
Una decisión definitiva administrativa será enviada por escrito a usted y a todas las personas involucradas por el Oficial de Audiencias (Hearing Officer) apropiado. Esta decisión definitiva administrativa sólo puede ser reconsiderada por medio del Tribunal del Circuito del Estado de Illinois. El plazo de tiempo que permitirá el Tribunal del Circuito para la presentación de tal reconsideración puede ser tan breve como de 35 días a partir de la fecha de dicha carta. Si tiene preguntas, por favor llame al Oficial de Audiencias (Hearing Officer).

Reconsideración Externa (Solamente para Servicios Médicos)

Dentro de 30 días a partir de la fecha del Aviso de la Decisión (Decision Notice) de CountyCare acerca de su apelación, usted puede optar por una revisión externa por alguien ajeno a CountyCare. Esto se llama una reconsideración externa. La persona encargada de hacer la reconsideración externa debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser un proveedor certificado por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica con la misma especialidad o una especialidad parecida como la del proveedor que le atiende
- Estar actualmente practicando medicina
- No tener ningún interés financiero en la decisión
- No lo conoce ni llegará a conocer su identidad durante el proceso de reconsideración

La reconsideración externa no está disponible para las apelaciones relativas a los servicios que se recibieron por medio de la Exención para los Envejecientes; para las personas con Exención por Discapacidad; Exención por Lesiones Cerebrales Traumáticas; Exención por VIH/SIDA; o para el Programa Servicios en el Hogar.



En su carta usted deberá pedir una reconsideración externa de esa acción y deberá enviarla a la siguiente dirección:

CountyCare Health Plan
P.O. Box 21153
Eagan, MN 55121
Teléfono: 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY)
Facsímile: 312-548-9940

¿Qué sucede después?

- Revisaremos su solicitud para ver si cumple con los requisitos para la reconsideración externa. Disponemos de cinco días laborables para hacerlo. Le enviaremos una carta en la cual le informaremos si su solicitud cumple con estos requisitos. Si su solicitud cumple con los requisitos, la carta tendrá el nombre del asesor externo.
- Usted tendrá cinco días laborables a partir de la fecha en la carta que le enviamos para mandar información adicional al asesor externo acerca de su solicitud.

El asesor externo le enviará a usted y/o a su representante y a CountyCare una carta con su decisión dentro de cinco días calendarios a partir de la fecha en la cual recibió todos los datos necesarios para llevar a cabo su reconsideración.

Reconsideración Externa Acelerada

Si el plazo estándar de tiempo que toma la reconsideración externa podría comprometer su vida o su salud, usted o su representante pueden pedir una reconsideración externa acelerada. Usted puede hacerlo por teléfono o por escrito. Para pedir una reconsideración externa acelerada por teléfono, llame a los Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) o 711 (TDD/TTY).

Para solicitarlo por escrito, envíenos una carta a la dirección indicada a continuación. Usted puede pedir la reconsideración externa acerca de una acción determinada una sola vez. En su carta, debe pedir una reconsideración externa de la acción.

CountyCare Health Plan
P.O. Box 21153
Eagan, MN 55121

¿Qué sucede después?

- Una vez que nosotros recibamos la llamada telefónica o la carta en la cual pide la reconsideración externa acelerada, inmediatamente revisaremos su solicitud para ver si califica para la reconsideración externa acelerada. Si califica, nos comunicaremos con usted o con su representante para darle el nombre del asesor.
- También le enviaremos los datos necesarios al asesor externo para que éste pueda iniciar su reconsideración.
- El asesor externo tomará una decisión sobre su solicitud tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero a no más tarde de dos días laborables después de recibir toda la información necesaria. Él/ella les hará saber verbalmente a usted y/o a su representante y a CountyCare la decisión que ha tomado. Ellos también enviarán una carta de seguimiento a usted y/o a su representante y a CountyCare con su decisión dentro de 48 horas.

Los Derechos y Responsabilidades del Miembro

Los miembros de CountyCare tienen los siguientes derechos. Usted tiene la libertad de hacer valer sus derechos sin que se tomen represalias contra usted.

- Usted tiene el derecho de recibir la información presentada en el Manual para Miembros en otro idioma. También puede recibirla en otro formato, tal como un CD o braille.
- Usted tiene el derecho de recibir los servicios de cuidado de salud, según indican las leyes federales y estatales. Todos los servicios cubiertos deben de estar disponibles y asequibles a usted. Cuando sea médicamente apropiado, los servicios deben estar disponibles las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
- Usted tiene el derecho de recibir información acerca de CountyCare y de sus servicios, sus doctores y sus proveedores. Para recibir esta información, visite el sitio web, www.countycare.com o llame al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada sin cargos) / 711 (TDD/TTY).
- Usted tiene el derecho de solicitar a un intérprete y tenerlo presente para ayudarlo durante cualquier servicio cubierto.
- Usted tiene el derecho de recibir información acerca de la política de Derechos y Responsabilidades de los Miembros de CountyCare. Usted también tiene el derecho de hacer recomendaciones sobre esta política.

- Usted tiene el derecho de recibir información acerca de opciones de tratamiento. Esto incluye el derecho de pedir una segunda opinión de forma adecuada para tratar su condición y para su capacidad de entenderla.
- Usted tiene el derecho de tomar decisiones acerca de su propio cuidado de salud. Esto incluye el derecho de rechazar el tratamiento.
- Usted tiene el derecho de que le traten con respeto y con atención a su dignidad y privacidad.
- Usted tiene el derecho de quejarse con CountyCare por teléfono o por escrito acerca de cualquier asunto.
- Usted tiene el derecho de apelar una decisión tomada por CountyCare por teléfono o por escrito.
- Usted también tiene el derecho a un intérprete durante cualquier trámite de queja o apelación.
- Usted tiene el derecho de estar libre de cualquier restricción o aislamiento que se usa como medio de fuerza, control, facilidad de desquite o represalia.
- Usted tiene el derecho de pedir y a recibir una copia de sus expedientes médicos.
- Usted tiene el derecho de pedir la versión enmendada o corregida de sus expedientes médicos.

DERECHOS CIVILES

CountyCare provee servicios cubiertos a todos sus miembros sin tener en cuenta lo siguiente:

- Edad
- Raza
- Religión
- Color
- Discapacidad
- Sexo
- Orientación sexual
- Origen nacional
- Estado civil
- Antecedentes penales
- Antecedentes de condenas
- Participación militar

Se les ofrece a todos los miembros todos los servicios cubiertos que sean médicamente necesarios. Se les provee todos los servicios de la misma forma a todos los miembros. Toda persona u organización relacionada con CountyCare que refiera o recomiende a miembros para los servicios debe hacerlo de la misma forma para todos los miembros.

Se ofrece el servicio de traducción o de interpretación para todos los que lo necesiten. Estos servicios son gratuitos.

CUALIFICACIONES DEL PROVEEDOR E INCENTIVOS PARA DOCTORES

Usted tiene el derecho a información acerca de nuestros proveedores. Esto incluye los siguientes datos acerca del proveedor:

- educación
- certificado por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica
- renovación de certificado

Usted tiene derecho a preguntar si hacemos arreglos financieros especiales con nuestros doctores que pueden afectar el uso de los referidos y de otros servicios que usted pueda necesitar. Llámenos para obtener esta información.

VOLUNTADES ANTICIPADAS: TESTAMENTO VITAL O UN PODER NOTARIAL PARA CUIDADO MÉDICO

Usted tiene derecho a tomar decisiones acerca de su cuidado médico. Usted tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento médico o quirúrgico. Usted también tiene derecho a planificar y dirigir el tipo de cuidado de salud que podría recibir en el futuro en caso de no estar apto para expresar sus deseos. Usted puede informar a su doctor de sus deseos al redactar un testamento vital. Usted también puede redactar un poder notarial para su cuidado de salud. Consulte con su doctor para más información.

RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

- Usted tiene que escoger un PCP bajo este plan.
- Usted tiene la responsabilidad a sí mismo de participar en su propio cuidado de salud. Esto incluye hacer y acudir a sus citas.
- Si usted no puede acudir a una cita, debe informarle a su doctor lo más pronto posible.
- Usted debe presentar su tarjeta de identificación de CountyCare y la tarjeta de Medicaid del Estado de Illinois cuando recibe cuidado o prescripciones.
- Usted tiene la responsabilidad de comunicarle a su doctor la información necesaria para que él/ella lo atienda.
- Usted tiene la responsabilidad de seguir el plan de tratamiento acordado entre usted y su doctor.
- Es su responsabilidad mantener sus datos personales actualizados. Por favor, infórmele a su trabajador de casos de cualquier cambio de ingresos o dirección.

Si usted tiene otro seguro médico, debe decírselo a su proveedor y a su trabajador de casos. También debe seguir las reglas de su otro seguro médico.

Gracias por elegir a **CountyCare**

Oficinas Administrativas
1900 West Polk Street, Suite 220C
Chicago, Illinois 60612
312-864-8200
855-444-1661 (llamada sin cargos)
711 (TDD/TTY)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros.

www.countycare.com