Department of Healthcare & Family Services
HealthChoice Illinois
Your Health. Your Choice.

CountyCare
A MEDICAID HEALTH PLAN

PODRĘCZNIK DLA CZŁONKÓW

DZIAŁ OBSŁUGI KLIENTA: 312-864-8200 711 (TTY/TDD)

WITAMY W COUNTYCARE

Cieszymy się, że został(a) Pan/Pani członkiem CountyCare. Jesteśmy zobowiązani do traktowania Pana/Pani z należytym szacunkiem i zaspokojenia potrzeb medycznych Pana/Pani oraz członków Pana/Pani rodziny.

CountyCare chce wspierać pacjentów w prowadzeniu zdrowego trybu życia i prosi o aktywne działanie na rzecz dobrego zdrowia. W skład Pana/Pani zespołu opieki zdrowotnej wchodzi świadczeniodawca opieki podstawowej (lekarz prowadzący), specjaliści, koordynatorzy opieki, farmaceuta oraz Pan/Pani.

W razie jakichkolwiek pytań można kontaktować się z personelem CountyCare od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00–18.00 oraz w sobotę w godzinach 9.00–13.00 (czasu centralnego), dzwoniąc pod numer 312-864-8200. Można też korzystać z naszej linii porad pielęgniarskich czynnej 24 godziny na dobę przez wszystkie dni w roku. Naszym głównym celem jest zapewnienie Panu/Pani wysokiej jakości opieki medycznej.

W niniejszym poradniku zamieszczono informacje dotyczące świadczeń medycznych przysługujących pacjentom. Zapraszamy do zapoznania się z informacjami przedstawionymi w tym podręczniku oraz do zapisania wszelkich nasuwających się Panu/Pani pytań. Wyjaśniono w nim:

- w jaki sposób można uzyskać świadczenia zdrowotne;
- jakie korzyści przysługują pacjentom;
- jakie są prawa i obowiązki członków CountyCare;
- dane kontaktowe osób, z którymi należy się kontaktować w razie potrzeby.

Certyfikat włączenia do programu można uzyskać drogą elektroniczną na stronie internetowej www.countycare.com lub telefonicznie, kontaktując się z działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200 z prośbą o uzyskanie jego kopii.

Cieszymy się, że wspólnie będziemy realizować wszystkie Pana/Pani potrzeby zdrowotne.

WAŻNE NUMERY TELEFONÓW I DANE KONTAKTOWE

Zwykłe godziny pracy CountyCare od
poniedziałku do piątku: od 8.00 do 18:00 (czasu centralnego)
Sobota: od 9.00 do 13.00

W nagłych wypadkach	911
Członkowie i usługodawcy Usługi	312-864-8200
	855-444-1661 (numer bezpłatny)
	711 (TDD/TTY)
Nr faksu dla usług	312-548-9940
Nr faksu dla świadczeniodawców	312-548-9940
Całodobowa linia porad pielęgniarskich	312-864-8200 (opcja 4, opcja 9)
Transport Opieka	312-864-8200 (opcja 4, opcja 5)
dentystyczna Świadczenia	312-864-8200 (opcja 4, opcja 3)
Wzrok Świadczenia	312-864-8200 (opcja 4, opcja 4)
Usługi apteczne Świadczenia	312-864-8200 (opcja 4, opcja 6)
Strona internetowa	www.countycare.com

Aby uzyskać wyjaśnienie treści niniejszego poradnika lub otrzymać go w innym języku (na przykład hiszpańskim lub polskim) albo w innym formacie (na przykład w druku dużą czcionką, alfabetem Braille'a, na taśmie audio lub płycie CD), należy się z nami skontaktować.

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

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

Niestandardowe godziny i dni wolne od pracy

W razie potrzeby uzyskania porady medycznej należy w pierwszej kolejności zadzwonić do świadczeniodawcy opieki podstawowej współpracującego z CountyCare, ponieważ ma on dostęp do Pana/Pani dokumentacji medycznej i może udzielić Panu/Pani indywidualnej porady. W przypadku, gdy kontakt ze świadczeniodawcą opieki podstawowej jest niemożliwy, może Pan/Pani zadzwonić na linię porad pielęgniarskich. To nasza całodobowa linia porad pielęgniarskich dostępna pod numerem 312-864-8200/855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY). Pracują tam pielęgniarki, które mogą udzielić pomocy w dowolnym wybranym języku.

Członkowie z zaburzeniami słuchu

Należy zadzwonić na centralę Illinois pod numer 711. Należy poprosić operatora o połączenie się z nami pod numerem: 312-864-8200 lub 855-444-1661 (numer bezpłatny).

Należy poinformować lekarza, jeżeli podczas wizyty potrzebny będzie tłumacz języka migowego. Jeżeli dana przychodnia nie dysponuje takim tłumaczem, należy zadzwonić do nas co najmniej siedem dni przed wizytą, by możliwa była rezerwacja tłumacza w terminie wizyty.

Dostęp dla osób niepełnosprawnych

Jeżeli korzysta Pan/Pani z wózka inwalidzkiego, balkonika czy innych sprzętów ułatwiających poruszanie się i potrzebuje Pan/Pani pomocy w dotarciu do gabinetu lekarskiego, proszę przed wizytą zadzwonić do przychodni. Dzięki temu będzie Pan/Pani mieć zapewnioną pomoc po przyjeździe.

Pomoc językowa

CountyCare zapewnia pomoc językową 24 godziny na dobę przez siedem dni w tygodniu, również w dni wolne od pracy i w weekendy.

Jeżeli lekarz ani żadna inna osoba w wybranej przychodni nie mówi w języku, którym posługuje się dany pacjent, należy skontaktować się z CountyCare w celu uzyskania pomocy. Jeżeli taka informacja przekazana zostanie z siedmiodniowym wyprzedzeniem, zarezerwujemy dla Pana/Pani tłumacza, który będzie obecny podczas wizyty.

Aby uzyskać pomoc w przetłumaczeniu informacji o świadczeniach zdrowotnych i dostępnych usługach lub uzyskaniu odpowiedzi na jakiekolwiek pytania, proszę zadzwonić pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

Język hiszpański

Para ayudar a traducir su cobertura de beneficios de salud y los servicios disponibles, o para ayudar con cualquiera pregunta, llame al 312-864-8200/ 855-444-1661 (toll-free) / 711 (TDD/TTY).

Inne języki

Niniejszy poradnik dla członków dostępny jest również w języku hiszpańskim i angielskim. Aby otrzymać papierowy egzemplarz, należy skontaktować się telefonicznie z działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200/ 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

Powiadomienia od CountyCare

Cenimy wszystkich członków CountyCare, dlatego utrzymujemy z nimi regularny kontakt. Obejmuje to:

- otrzymanie egzemplarza tego poradnika po dołączeniu do programu CountyCare;
- kontakt telefoniczny w celu przeprowadzenia oceny stanu zdrowia;
- biuletyn wysyłany na adres domowy co cztery miesiące.

Możemy również wysłać wiadomość e-mail lub sms albo skontaktować się telefonicznie, by przypomnieć o konieczności wykonania badań.

Nasi pracownicy zawsze się przedstawiają, kontaktując się telefonicznie lub oddzwaniając.

Ważne jest, aby poinformować CountyCare oraz Wydział ds. Społecznych (Department of Human Services, DHS) o zmianie Pana/Pani adresu i numeru telefonu, abyśmy mogli zapewnić, że otrzymuje Pan/Pani wszystkie wymagane informacje.

Strona internetowa CountyCare

Na stronie internetowej CountyCare można uzyskać odpowiedzi na wiele pytań. Zawiera ona źródła, informacje i inne elementy ułatwiające korzystanie z opieki medycznej wysokiej jakości, w tym:

- poradnik dla członków (potwierdzenie włączenia do programu/umowa);
- katalog świadczeniodawców;
- aktualności;
- portal dla członków;
- formularze on-line;
- informacje dotyczące zdrowia;
- informacje o programach i usługach CountyCare.

Adres naszej strony internetowej to: www.countycare.com

Zabezpieczony portal dla członków CountyCare

CountyCare udostępnia członkom zabezpieczony portal, w którym można:

- zmiana świadczeniodawcy opieki podstawowej;
- wydrukować tymczasową kartę identyfikacyjną;
- wysyłać/odbierać zabezpieczone wiadomości do/z CountyCare za pośrednictwem bezpiecznego systemu komunikacji;
- uzyskać spersonalizowaną informację o stanie zdrowia;
- obejrzeć swój plan opieki, jeżeli został opracowany.

Aby zarejestrować się na zabezpieczonym portalu dla członków, należy przejść do strony www.countycare.com. Z poziomu strony można utworzyć konto w portalu. Potrzebny jest tylko numer identyfikacyjny członka, tóry znaleźć można na identyfikacyjnej karcie członkowskiej CountyCare.

SPIS TREŚCI

Dział obsługi klienta CountyCare 4

Członkowska karta identyfikacyjna. 5

Okres możliwej zmiany planu 5

Sieć Świadczeniodawców 7

Świadczeniodawca opieki podstawowej. 7

Świadczeniodawca zapewniający opiekę z zakresu zdrowia kobiet 7

Zmiana świadczeniodawcy opieki podstawowej . . . 8

Kontynuacja i przeniesienie opieki 8

Opieka specjalistyczna. 8

Opieka w pilnych przypadkach 10

Opieka w nagłych wypadkach. 10

Opieka postabilizacyjna 10

Całodobowa linia porad pielęgniarskich. 10

Opieka poza stanem. 11

Opieka poza siecią 11

Świadczenia profilaktyczne. 11

Współpłacenie („WSPÓŁOPŁATY") 14

Świadczenia pokrywane przez CountyCare 14

Świadczenia warunkowe 15

Świadczenia nie objęte ubezpieczeniem 15

Dodatkowe świadczenia 15

Przysługujące świadczenia w domu i we wspólnocie 17

Opieka długoterminowa 19

Przysługujące świadczenia z zakresu długoterminowego wsparcia i usług 19

Świadczenia stomatologiczne 19

Świadczenia optyczne 20

Świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień 20

Usługi z zakresu planowania rodziny 21

Opieka nad kobietami w ciąży i po porodzie 21

Program "Jaśniejszy początek". 21

Usługi apteczne 22

Usługi transportowe 22

Koordynacja opieki 23

Programy zarządzania zdrowiem populacji 23

Prawa i obowiązki członka w zakresie zarządzania opieką. 24

Program poprawy jakości 25

Program ograniczenia świadczeniobiorcy 26

Zaawansowane dyspozycje 26

Skargi i odwołania. 26

Prawa i obowiązki 32

Wyłudzenie, wykorzystanie i zaniedbanie. 33

Definicje 34

Oświadczenia 35

Powiadomienie countycare dotyczące zasad zachowania poufnośc 37

DZIAŁ OBSŁUGI KLIENTA COUNTYCARE

Witamy w CountyCare.

Nasz dział obsługi klienta gotowy jest nieść Panu/Pani pomoc w uzyskaniu maksymalnych świadczeń w ramach Pana/Pani planu opieki zdrowotnej.

Numer telefonu do działu obsługi klienta: 312-864-8200

Godziny pracy: od poniedziałku do piątku:
od 8.00 do 18.00
Sobota: od 9.00 do 13.00

CountyCare chce zapewnić Panu/Pani wszystkie potrzebne informacje na temat Pana/Pani planu opieki zdrowotnej. Można kontaktować się z nami w dowolnym czasie w celu uzyskania następujących informacji:

- przysługujące korzyści, w tym wszystkie dodatkowe rabaty dla członków oferowane przez CountyCare;
- jak uzyskać usługi opieki zdrowotnej;
- aktualizacja danych kontaktowych;
- wniosek o nową kartę identyfikacyjną;
- zmiana świadczeniodawcy opieki podstawowej;
- autoryzacje niezbędne do korzystania z usług opieki zdrowotnej;
- inia porad pielęgniarskich;
- jak uzyskać pomoc w nagłym wypadku;
- jak korzystać z opieki postabilizacyjnej;
- prawa i obowiązki członków CountyCare;
- ak złożyć skargę i odwołanie;
- procedury rozpatrywania spraw przez funkcjonariusza ds. apelacji;
- adres strony internetowej CountyCare i podstawowe informacje zamieszczone on-line;
- nasz Certyfikat włączenia do programu, który wyjaśnia, że jesteśmy zakontraktowani przez władze stanu Illinois;
- informacje o stowarzyszonych świadczeniodawcach;
- pytania i prośby o informacje.

Większość z tych informacji zamieszczono również w niniejszym poradniku. Dodatkowe informacje można znaleźć na stronie internetowej CountyCare www.countycare.com. Aby uzyskać wyjaśnienie przedstawionych informacji lub poprosić o dodatkowe informacje, proszę skontaktować się z działem obsługi klienta CountyCare pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

CountyCare powiadomi Pana/Panią raz do roku o prawie do otrzymania tych podstawowych informacji.

Kontakt z CountyCare jest możliwy przez całą dobę, siedem dni w tygodniu pod bezpłatnym numerem telefonu: 312-864-8200. O każdej porze dnia i nocy można sprawdzić spełnianie kryteriów kwalifikacyjnych i połączyć się z linią porad pielęgniarskich.

Powitalna rozmowa telefoniczna

Przedstawiciel CountyCare skontaktuje się z Panem/Panią telefonicznie w ciągu pierwszych 30 dni, aby powitać Pana/Panią w CountyCare. Odpowie też na wszelkie Pana/Pani pytania oraz poprosi o poddanie się ocenie stanu zdrowia.

Przeniesienie opieki w przypadku nowych członków

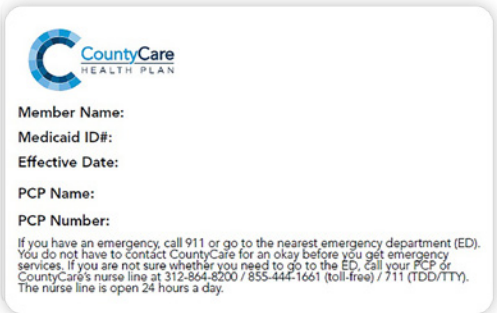
Nowi członkowie CountyCare leczeni przez świadczeniodawcę opieki podstawowej niewspółpracującego z CountyCare mogą kontynuować leczenie u swojego lekarza przez okres maksymalnie 90 dni po przystąpieniu do naszego programu. Uznamy wszystkie świadczenia pod warunkiem, że lekarz ten posiada certyfikat Medicaid i że świadczenia są niezbędne z medycznego punktu widzenia. Świadczeniodawca musi również wyrazić zgodę na przyjęcie płatności od CountyCare.

Prosimy Pana/Panią o poinformowanie nas o wszystkich niewspółpracujących z CountyCare świadczeniodawcach, z których świadczeń Pan/Pani korzysta. Musimy znać te informacje, byśmy mogli uzgodnić z danym lekarzem płatność za świadczone usługi i sprawdzić możliwość podpisania z nim kontraktu, co umożliwiłoby Panu/Pani dalsze konsultacje u tego lekarza po upływie 90 dni.

CZŁONKOWSKA KARTA IDENTYFIKACYJNA

Otrzyma Pan/Pani członkowską kartę identyfikacyjną w pakiecie powitalnym. Należy sprawdzić, czy dane zamieszczone na karcie są prawidłowe. W przypadku braku członkowskiej karty identyfikacyjnej w pakiecie powitalnym prosimy o kontakt z działem obsługi klienta pod numerem telefonu 312-864-8200, TTY 711.

Kartę CountyCare należy zawsze nosić przy sobie. Należy okazywać ją każdorazowo przy korzystaniu z opieki medycznej. W razie braku karty identyfikacyjnej można mieć trudności z uzyskaniem opieki lub odbiorem leków na receptę. Należy okazać też inne posiadane karty ubezpieczenia zdrowotnego.



Awers Karty

Rewers Karty

Aktualizacja adresu i numeru telefonu

Bardzo ważne jest, by przekazać CountyCare, swojemu koordynatorowi opieki i działowi ds. kwalifikacji klientów (Client Enrollment Services, CES) w Illinois nowy adres i numer telefonu w przypadku zmiany tych danych. Prosimy o powiadomienie CountyCare i podanie nam aktualnych danych. Można kontaktować się z nami pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY). Z działem ds. kwalifikacji klientów można kontaktować się pod numerem 877-912-8880 / 866-565-8576 (TTY).

OKRES MOŻLIWEJ ZMIANY PLANU

Raz w roku może Pan/Pani dokonać zmiany planu opieki zdrowotnej w określonym czasie zwanym „okresem możliwej zmiany planu". Dział ds. kwalifikacji klientów (CES) w Illinois prześle pismo umożliwiające zmianę planu około 60 dni przed Pana/Pani rocznicą. Datą rocznicy jest dzień po upływie roku od rozpoczęcia planu. Będzie Pan/Pani mieć 60 dni na ewentualną zmianę planu poprzez kontakt z działem ds. kwalifikacji klientów pod numerem telefonu: 1-877-912-8880. Może Pan/Pani też zmienić plan on-line pod adresem www.enrollhfs.illinois.gov/enroll. Jeżeli nie chce Pan/Pani zmieniać planu, nie musi Pan/Pani nic robić, aby pozostać w programie CountyCare.

Niezależnie od podjętej decyzji, po zakończeniu okresu 60-dniowego, przez kolejnych 12 miesięcy nie będzie można zmienić planu.

W przypadku pytań dotyczących wstępowania i występowania do/z CountyCare prosimy o kontakt z działem ds. kwalifikacji klientów pod numerem telefonu: 1-877-912-8880.

Ponowna ocena – Utrzymanie ubezpieczenia Medicaid

Raz w roku będzie Pan/Pani musiał(a) wypełnić formularze przesłane przez władze stanowe w celu potwierdzenia uprawnień do świadczeń dla siebie i swojej rodziny. Służymy pomocą w razie potrzeby pomocy w odnowieniu ubezpieczenia lub pytań dotyczących formularzy. Może Pan/Pani skontaktować się z nami pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY). W przypadku niedokonania ponownej oceny lub niedotrzymania tego terminu można stracić prawo do ubezpieczenia.

Co będzie, jeżeli utracę prawo do ubezpieczenia?

W przypadku utraty uprawnień do ubezpieczenia Medicaid przez okres do 60 dni i następnie ponownego ich odzyskania należy ponownie zapisać się do CountyCare. Zostanie Pan/Pani ponownie przypisany do świadczeniodawcy opieki podstawowej wcześniej sprawującego nad Panem/Panią opiekę, jeżeli będzie on nadal przyjmować pacjentów.

Badania satysfakcji członków

Pana/Pani zadowolenie z usług CountyCare jest dla nas bardzo ważne. Możemy przesłać ankietę pocztą lub przeprowadzić ją telefonicznie, zadając Panu/Pani pytania dotyczące stopnia zadowolenia ze świadczonych przez nas usług. Prosimy o poświęcenie czasu na udział w tej ankiecie. Cenimy opinie członków naszego programu. Dzięki nim będziemy mogli udoskonalić jakość naszych usług.

Członkowski Komitet Doradczy

CountyCare zaprasza naszych członków do spotkań, podczas których mogą podzielić się z nami swoją opinią. Podczas takiego spotkania członkowie przeglądają nasze materiały i stronę internetową, i mówią nam, co sądzą o naszym programie.

CountyCare wykorzystuje te informacje do wprowadzania zmian w programie w zależności od potrzeb członków. Aby dołączyć do Członkowskiego Komitetu Doradczego, należy zadzwonić pod numer 312-864-8200/ 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

Dostęp do opieki

CountyCare podejmuje starania, aby zapewnić Panu/Pani terminowy dostęp do opieki zdrowotnej. Wspólnie z naszymi świadczeniodawcami opracowaliśmy określone standardy jakości. Standardy te określają uzasadniony czas poświęcony Panu/Pani przez świadczeniodawcę po umówieniu się na wizytę.

Umawianie wizyt

Bardzo ważne jest zgłaszanie się na wszystkie umówione wizyty u lekarza, badania laboratoryjne, czy też badania rentgenowskie. Aby uzyskać pomoc w wyznaczeniu terminu wizyty należy skontaktować się telefonicznie z działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

Gdy potrzebna jest opieka zdrowotna, w pierwszej kolejności należy zadzwonić do swojego świadczeniodawcy opieki podstawowej. Pomoże on skoordynować wszystkie usługi opieki zdrowotnej. Jeżeli Pana/Pani zdaniem potrzebna jest wizyta u innego lekarza lub świadczeniodawcy, należy porozmawiać ze swoim świadczeniodawcą opieki podstawowej. Pana/Pani świadczeniodawca opieki podstawowej może pomóc Panu/Pani zdecydować, czy chce Pan/Pani spotkać się z innym świadczeniodawcą. Nie potrzebuje Pan/Pani skierowania od swojego świadczeniodawcy opieki podstawowej, aby korzystać z leczenia z zakresu zdrowia psychicznego lub nadużywania substancji.

Należący do sieci świadczeniodawcy będą dostępni w rozsądnych terminach. Termin wizyty zostanie wyznaczony w oparciu o Pana/Pani potrzeby medyczne

Termin Pana/Pani wizyty powinien zostać wyznaczony w ramach czasowych podanych poniżej.

WAŻNE: Jeżeli przyjście na wizytę w wyznaczonym terminie nie będzie możliwe, należy skontaktować się z przychodnią w celu odwołania wizyty z co najmniej 24-godzinnym wyprzedzeniem. Aby zmienić termin wizyty, należy skontaktować się z przychodnią w możliwie najkrótszym czasie. Pracownik rejestracji wyznaczy nowy termin wizyty. Aby uzyskać pomoc w wyznaczeniu terminu wizyty, należy skontaktować się telefonicznie z działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200/ 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

Kontakt ze świadczeniodawcą opieki podstawowej w godzinach niestandardowych

Świadczeniodawcy opieki podstawowej oferują usługę kontaktu całodobowego lub nagrania wiadomości telefonicznej. Usługa kontaktu lub nagranie zawiera instrukcje, jak uzyskać dostęp do opieki poza standardowymi godzinami pracy.

W razie problemów medycznych lub pytań w sytuacji, gdy świadczeniodawca opieki podstawowej jest niedostępny w normalnych godzinach pracy, może Pan/Pani dzwonić też na dostępną przez 24 godziny na dobę linię porad pielęgniarskich CountyCare pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY), aby porozmawiać z pielęgniarką. W nagłych wypadkach należy zadzwonić pod numer 911 lub udać się na najbliższy szpitalny oddział ratunkowy (SOR).

Czas dojazdu/odległość do przychodni

Gabinet opieki podstawowej dla członków CountyCare znajduje się w odległości 30 minut lub 30 mil (ok. 48 km) w obszarach miejskich oraz 60 minut lub 60 mil (ok. 96 km) w obszarach wiejskich. Członkowie CountyCare mogą kontaktować się telefonicznie z działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY), aby uzyskać pomoc w znalezieniu świadczeniodawcy opieki podstawowej w swojej okolicy zamieszkania. Można również samodzielnie wybrać świadczeniodawcę opieki podstawowej lub specjalistę, który znajduje się w większej odległości.

TYP WIZYTY U ŚWIADCZENIODAWCY OPIEKI PODSTAWOWEJ	STANDARDOWY DOSTĘP DO OPIEKI ZDROWOTNEJ
Wizyta rutynowa	W ciągu 5 tygodni
Wizyta niepilna	W ciągu 3 tygodni
Pilna wizyta ambulatoryjna	W ciągu 24 godzin
Wizyta w nagłych wypadkach	Natychmiast, 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu i bez wcześniejszej autoryzacji.
Wizyta początkowa dla kobiet w ciąży	1. trymestr: 2 tygodnie, 2. trymestr: 1 tydzień, 3. trymestr: 3 dni
Kontakt w godzinach niestandardowych	24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu
Czas oczekiwania w przychodni	Do godziny od wyznaczonej godziny wizyty

Osoby niewychodzące z domu

Osobom niewychodzącym z domu lub o znacznych ograniczeniach ruchowych CountyCare zapewni dostęp do opieki udzielanej przez licencjonowanych pracowników służby zdrowia w ramach wizyt domowych. Aby skorzystać z takich usług, należy skontaktować się z CountyCare.

SIEĆ ŚWIADCZENIODAWCÓW

Sieć świadczeniodawców to wykaz lekarzy, specjalistów, poradni i szpitali zakontraktowanych w planie opieki zdrowotnej w celu zapewnienia opieki członkom. CountyCare dysponuje obszerną siecią świadczeniodawców, z których usług może Pan/Pani korzystać. Aby dowiedzieć się, kto jest w naszej sieci, prosimy odwiedzić stronę internetową www.countycare.com/find-a-provider. W katalogu świadczeniodawców wyświetlana jest nazwa każdego świadczeniodawcy, adres, numer telefonu, godziny pracy, status certyfikacji zarządu oraz obsługiwane języki. Może Pan/Pani skontaktować się działem ds. obsługi klienta pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny)/ 711 (TTD / TTY), aby uzyskać pomoc w znalezieniu świadczeniodawcy lub otrzymać pocztą taki wydrukowany egzemplarz. Katalog świadczeniodawców jest również dostępny w możliwym do wydrukowania formacie PDF do przeglądania na naszej stronie internetowej.

ŚWIADCZENIODAWCA OPIEKI PODSTAWOWEJ

Każdy członek CountyCare posiada świadczeniodawcę opieki podstawowej. Pana/Pani świadczeniodawcą opieki podstawowej jest Pana/Pani lekarz rodzinny. Całość rutynowej opieki oraz wszelkie badania powinny być zapewniane przez Pana/Pani świadczeniodawcę opieki podstawowej. W przypadku choroby należy w pierwszej kolejności zgłosić się do świadczeniodawcy opieki podstawowej, chyba że jest to nagły wypadek. Zostanie Pan/Pani skierowany(-a) do wyznaczonego gabinetu świadczeniodawcy opieki podstawowej, jeżeli zadzwoni Pan/Pani, aby ustalić termin spotkania z osobą inną niż świadczeniodawca opieki podstawowej podany na Pana/Pani karcie identyfikacyjnej członka CountyCare.

Jeżeli Pana/Pani preferowany świadczeniodawca opieki podstawowej nie został wymieniony na Pana/Pani karcie identyfikacyjnej, może Pan/Pani w dowolnej chwili to zmienić.

W razie potrzeby świadczeniodawcą opieki podstawowej może również być specjalista. Aby specjalista został świadczeniodawcą opieki podstawowej, musi wyrazić zgodę na świadczenie na Pana/Pani rzecz opieki na takim poziomie, a CountyCare musi to zatwierdzić. Jeżeli życzy Pan/Pani sobie, aby specjalista został świadczeniodawcą opieki podstawowej, należy skontaktować się z działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200/ 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

Indianie amerykańscy/rdzenni mieszkańcy Alaski, będący członkami CountyCare, mają prawo do usług świadczeniodawcy z Plemienia Indian, Organizacji Plemiennej lub Miejskiej Organizacji Indian z obszaru stanu Illinois i spoza niego.

Aby uzyskać pomoc w znalezieniu lub zmianie świadczeniodawcy opieki podstawowej, należy skontaktować się telefonicznie z działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

ŚWIADCZENIODAWCA ZAPEWNIAJĄCY OPIEKĘ Z ZAKRESU ZDROWIA KOBIET (WOMEN'S HEALTH CARE PROVIDER, WHCP)

Kobiety objęte ubezpieczeniem CountyCare mają prawo wybrać świadczeniodawcę zapewniającego opiekę w zakresie zdrowia kobiet. Świadczeniodawcą zapewniającym opiekę z zakresu zdrowia kobiet jest lekarz, dyplomowana pielęgniarka lub asystent lekarza, który/-a posiada licencję oraz certyfikat uprawniający do świadczenia opieki z zakresu położnictwa, ginekologii lub medycyny rodzinnej. Świadczeniodawca ten może pełnić obowiązki świadczeniodawcy opieki podstawowej lub może sprawować opiekę niezależnie od świadczeniodawcy opieki podstawowej. Może Pani udać się do dowolnego współpracującego świadczeniodawcy, aby uzyskać rutynową opiekę prewencyjną z zakresu położnictwa/ginekologii. Nie potrzebuje Pani zgody ze strony CountyCare ani skierowania od swojego świadczeniodawcy opieki podstawowej.

ZMIANA ŚWIADCZENIODAWCY OPIEKI PODSTAWOWEJ

Dane świadczeniodawcy opieki podstawowej znaleźć można na identyfikacyjnej karcie członkowskiej. Jeżeli na karcie członkowskiej wymieniony jest niewłaściwy świadczeniodawca opieki podstawowej lub w celu zmiany lekarza należy skontaktować się telefonicznie z działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200/ 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY). Może Pan/Pani również zalogować się do naszego zabezpieczonego portalu dla członków, aby zmienić swojego świadczeniodawcę opieki podstawowej za pośrednictwem Internetu lub wypełnić formularz zmiany świadczeniodawcy opieki podstawowej, który jest dostępny na naszej stronie internetowej www.countycare.com.

Wniosek o zmianę świadczeniodawcy opieki podstawowej wejdzie w życie pierwszego dnia następnego miesiąca. Na przykład, wnioski dotyczące zmiany otrzymane od 1 do 31 stycznia obowiązują od 1 lutego.

KONTYNUACJA I PRZENIESIENIE OPIEKI

Jeżeli dany świadczeniodawca wycofa się z sieci CountyCare w czasie, gdy korzysta Pan/Pani z jego usług, może Pan/Pani nadal korzystać z pewnych świadczeń udzielanych przez tego świadczeniodawcę. CountyCare we współpracy ze świadczeniodawcą opracują plan objęcia opieką w następujących sytuacjach.

- **Ostre stany.** Pokryte zostaną świadczenia z okresu trwania danego stanu ostrego.
- **Poważne choroby przewlekłe.** Pokryte zostaną świadczenia w określonym czasie, nieprzekraczającym 12 miesięcy od daty zaprzestania świadczenia usług przez danego świadczeniodawcę.
- **Prowadzenie ciąży.** Pokryte zostaną świadczenia w okresie ciąży i opieki bezpośrednio po porodzie.
- **Choroby śmiertelne.** Pokryte zostaną świadczenia z okresu trwania choroby.
- **Zabieg chirurgiczny lub inny zabieg, który stanowi część cyklu leczenia.** Pokryte zostaną świadczenia zalecone i zaplanowane w okresie 180 dni od ostatniego dnia zaangażowania świadczeniodawcy w sieci.

Jeżeli dany świadczeniodawca nie będzie chciał uczestniczyć w planie opieki zdrowotnej w tych sytuacjach, CountyCare pomoże w przeniesieniu Pana/Pani pod opiekę innego świadczeniodawcy. Więcej informacji można uzyskać, dzwoniąc do działu obsługi klienta CountyCare pod numer: 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

OPIEKA SPECJALISTYCZNA

Specjalista to lekarz zajmujący się określonym problemem zdrowotnym. Na przykład może to być kardiolog (zajmujący się chorobami serca) lub ortopeda (zajmujący się chorobami kości i stawów). Jeżeli świadczeniodawca opieki podstawowej uzna, że potrzebuje Pan/Pani porady specjalisty wybierze go we współpracy z Panem/Panią. Świadczeniodawca opieki podstawowej zorganizuje Pana/Pani opiekę specjalistyczną. W pewnych przypadkach specjalista może zostać Panu/Pani przydzielony jako świadczeniodawca opieki podstawowej ze względu na Pana/Pani chorobę przewlekłą. Aby specjalista został świadczeniodawcą opieki podstawowej, musi wyrazić zgodę na świadczenie opieki na takim poziomie.

W CountyCare skierowanie nie jest niezbędne, by odbyć wizytę u specjalisty, jednak najlepiej w pierwszej kolejności zgłosić się do świadczeniodawcy opieki podstawowej. Doradzi on, czy wizyta u specjalisty jest konieczna i poleci specjalistę zajmującego się określonym problemem zdrowotnym. Skierowanie nie jest wymagane, aby korzystać z opieki psychiatrycznej, o ile prowadzona jest ona przez świadczeniodawcę należącego do programu CountyCare. Aby uzyskać pomoc w umówieniu wizyty, należy skontaktować się telefonicznie z koordynatorem opieki lub działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

Formularz wniosku o zmianę

Dane pacjenta

Imię/drugie imię/nazwisko: _____

Adres: _____

Miejscowość: _____ Kod pocztowy: _____

Data urodzenia: _____ Numer ubezpieczenia społecznego (SSN): _____

Numer identyfikacyjny pacjenta: _____ Numer telefonu: _____

Wniosek o zmianę świadczeniodawcy opieki podstawowej

Imię i nazwisko wybranego świadczeniodawcy: _____

Numer identyfikacyjny świadczeniodawcy: _____

Adres gabinetu: _____

Miejscowość: _____ Kod pocztowy: _____

Numer telefonu do gabinetu: _____

Data wejścia w życie: _____

Powód zmiany dotychczasowego świadczeniodawcy opieki podstawowej

- ☐ Jestem już pacjentem wybranego świadczeniodawcy opieki podstawowej
- ☐ Wybrany świadczeniodawca opieki podstawowej leczy już członka mojej rodziny
- ☐ Preferencje pacjenta
- ☐ Przeprowadzka
- ☐ Godziny przyjęć dotychczasowego świadczeniodawcy opieki podstawowej nie odpowiadały moim potrzebom
- ☐ Jakość opieki
- ☐ Lokalizacja gabinetu świadczeniodawcy
- ☐ Bariery językowe/komunikacyjne
- ☐ Czas oczekiwania w gabinecie
- ☐ świadczeniodawcy
- ☐ Dostępność terminów wizyt/dostęp do opieki
- ☐ Związek ze szpitalem lub grupą medyczną
- ☐ Istniejąca relacja z innym świadczeniodawcą
- ☐ Inny

_____ _____

Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej *Data*

_____

Imię i nazwisko osoby upoważnionej drukowanymi literami

Wskazówki: *Proszę przesłać formularz zmiany danych pacjenta wraz z kopią identyfikacyjnej karty członkowskiej, jeżeli jest dostępna, do działu obsługi klienta Planu Opieki Zdrowotnej CountyCare pod numer 312-548-9940 lub wysłać pocztą na adres CountyCare Health Plan, P.O. Box 21153 Eagan, MN 55121. Jeżeli na karcie członkowskiej wymieniony jest niewłaściwy świadczeniodawca opieki podstawowej lub w celu zmiany lekarzy można również skontaktować się telefonicznie z działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).*

W razie jakichkolwiek pytań na temat wypełniania tego formularza proszę skontaktować się telefonicznie z działem obsługi klienta Planu Opieki Zdrowotnej CountyCare, który jest dostępny od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 18.00 oraz w sobotę w godzinach 9.00 – 13.00, pod numerem telefonu 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

OPIEKA W PILNYCH PRZYPADKACH

Pilna wizyta ambulatoryjna dotyczy przypadków, w których konieczna jest niezwłoczna pomoc, lecz nie są to stany zagrażające życiu. Pilna wizyta ambulatoryjna nie jest opieką w nagłym wypadku. Pilną wizytę ambulatoryjną należy odbyć u świadczeniodawcy współpracującym z siecią CountyCare, chyba że uzyskano uprzednią zgodę CountyCare na odbycie wizyty u świadczeniodawcy spoza sieci. Przykładowymi stanami wymagającymi pilnej wizyty ambulatoryjnej są:

- małe rany i zadrapania,
- przeziębienie,
- gorączka,
- ból ucha.

Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) jest miejscem, gdzie należy udać się w sytuacjach zagrożenia życia oraz kiedy otrzyma się takie zalecenie od lekarza.

Pomoc w podjęciu decyzji, gdzie należy się udać, można uzyskać dzwoniąc do świadczeniodawcy opieki podstawowej lub na całodobową linię porad pielęgniarskich pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

OPIEKA W NAGŁYCH WYPADKACH

Nagły stan chorobowy jest bardzo poważny. Może nawet zagrażać życiu. Może to być silny ból, uraz lub choroba. W takich przypadkach należy niezwłocznie zadzwonić na numer 9-1-1.

Przykładami stanów nagłych są:

- zawał serca,
- ciężkie krwawienie,
- zatrucie,
- rudności w oddychaniu,
- złamania kości.

Jak postępować w nagłych wypadkach:

- udać się do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego; może Pan/Pani udać się do dowolnego szpitala, aby uzyskać pomoc w nagłych wypadkach;
- zadzwonić pod numer 911;
- wezwać karetkę pogotowia, jeżeli w danym obszarze brak usługi 911;
- skierowanie nie jest potrzebne;
- wcześniejsze zatwierdzenie nie jest potrzebne, ale gdy tylko Pana/Pani stan ulegnie stabilizacji należy zadzwonić do świadczeniodawcy opieki podstawowej w celu zorganizowania dalszej opieki.

OPIEKA POSTABILIZACYJNA

Po stanie nagłym potrzebne są usługi postabilizacyjne. Usługi te są objęte zakresem świadczeń CountyCare. Mogą być one udzielone w szpitalu, w domu lub w przychodni. Aby uzyskać listę świadczeniodawców opieki podstawowej lub placówek świadczących taki rodzaj usług, może Pan/Pani zapoznać się z listą dostępną na stronie https://enrollhfs.illinois.gov/enroll lub skontaktować się z działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD / TTY). Koordynator opieki pomoże Panu/Pani w zaplanowaniu usług postabilizacyjnych.

W przypadku często nawracającego schorzenia należy omówić ze świadczeniodawcą opieki podstawowej plan postępowania w nagłym wypadku. Jeżeli konieczne będzie udanie się do nienależącego do sieci szpitala lub świadczeniodawcy, należy zadzwonić CountyCare w najbliższym możliwym terminie, żeby poinformować, co się stało. Jest to ważne, byśmy mogli pomóc w zapewnieniu dalszej opieki.

CAŁODOBOWA LINIA PORAD PIELĘGNIARSKICH

Każdy ma pytania na temat swojego zdrowia. Najlepiej jest zadzwonić do Pana/Pani świadczeniodawcy w ramach CountyCare, ponieważ ma on dostęp do Pana/Pani dokumentacji medycznej i może udzielić indywidualnej porady. Jeżeli kontakt ze świadczeniodawcą opieki podstawowej jest niemożliwy, można zadzwonić na linię porad pielęgniarskich.

- Porady medyczne przez telefon udzielane przez zarejestrowane pielęgniarki.
- Linia dostępna 24 godziny na dobę przez wszystkie dni w roku.
- Pomoc w podjęciu decyzji, gdzie udać się po pomoc.

Kwestie zdrowotne, w których linia udziela porad:

- porady dotyczące drobnych urazów;
- pytania dotyczące glukozy i insuliny;
- porady dotyczące postępowania w przypadku ran;

- jak postępować w przypadku astmy;
- ile leku przyjąć/podać;
- co robić w razie bólu głowy;
- pytania dotyczące ciąży i opieki nad dzieckiem

OPIEKA POZA STANEM

Jeżeli podróżuje Pan/Pani poza Illinois i musi skorzystać z natychmiastowej interwencji medycznej, może Pan/Pani zwrócić się do pracowników służby zdrowia o leczenie. Wystawią oni rachunek CountyCare. Poniesie Pan/Pani odpowiedzialność za pokrycie kosztów wszelkich usług medycznych poza stanem Illinois, jeżeli świadczeniodawca nie wystawi rachunku CountyCare lub jeżeli nie przyjmie płatności od CountyCare.

Zakres świadczeń obejmuje nagłe wypadki pod warunkiem, że pomoc ma miejsce na terenie Stanów Zjednoczonych. Leczenie nagłych wypadków poza terenem Stanów Zjednoczonych nie jest objęte zakresem świadczeń.

Aby skorzystać z pilnej porady ambulatoryjnej lub rutynowej opieki poza miejscem zamieszkania, należy uzyskać zgodę CountyCare na wizytę u innego świadczeniodawcy. W celu uzyskania takiej zgody należy skontaktować się telefonicznie z działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

OPIEKA POZA SIECIĄ

Należy korzystać z opieki oferowanej przez świadczeniodawców oraz szpitale, które należą do sieci. Może Pan/Pani znaleźć listę świadczeniodawców i szpitali należących do sieci na stronie internetowej lub kontaktując się telefonicznie z działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY). Aby skorzystać z usług świadczeniodawców spoza sieci, należy najpierw uzyskać zatwierdzenie przez CountyCare. Jedyny wyjątek stanowią: leczenie w nagłych wypadkach, usługi z zakresu planowania rodziny, szkolne usługi dentystyczne i opieka zapewniana przez szpitale państwowe.

ŚWIADCZENIA PROFILAKTYCZNE

CountyCare pragnie pomagać w uzyskaniu opieki zanim dojdzie do choroby. W poniższych tabelach przedstawiono pewne profilaktyczne badania wskazane dla dorosłych i dla dzieci. Należy skonsultować się ze swoim lekarzem w celu określenia, które badanie jest Pana/Pani odpowiednie i w jakim wieku powinno zostać wykonane.

Świadczenia profilaktyczne

BADANIE	WIEK	CZĘSTOTLIWOŚĆ
Kontrola	Poniżej 1. roku życia	Narodziny, przez pierwsze 2 tygodnie, 1 miesiąc, 2 miesiące, 4 miesiące, 6 miesięcy, 9 miesięcy
Kontrola	Od 1 roku do 3 lat	W wieku 12 miesięcy, 15 miesięcy, 18 miesięcy, 24 miesiące / 30 miesięcy
Kontrola	Od 3 do 6 lat	Raz do roku
Kontrola	Od 6 do 21 lat	Co najmniej co 2 lata lub częściej w medycznie uzasadnionych przypadkach
Kontrola	Od 22 do 65 lat	W ciągu pierwszego roku po przystąpieniu, a następnie co 1-3 lata oraz w razie potrzeby lub zgodnie z wytycznymi opieki klinicznej
Kontrola	Powyżej 65. roku życia	Raz do roku
Kliniczne badanie piersi	Od 20 do 40 lat	Co 1-3 lata
Kliniczne badanie piersi	Powyżej 40. roku życia	Raz do roku

Profilaktyka chorób kobiecych

BADANIE	WIEK	CZĘSTOTLIWOŚĆ
Badanie narządów miednicy	Poniżej 39. roku życia	Co 3 lata
Badanie narządów miednicy	Od 40. roku życia	Raz do roku
Cytologia	Od 21. roku życia	Co 3 lata (częstotliwość zależy od czynników ryzyka; należy skonsultować się z lekarzem)
Mammografia	Od 40 do 49 lat	Skonsultować z lekarzem
Mammografia	Od 50 do 74 lat	Raz do roku

Dodatkowe badania profilaktyczne

	WIEK	ZALECANE BADANIA PROFILAKTYCZNE
KOBIETY	Od 21 do 26 lat	Szczepienie przeciw grypie (raz do roku) Badanie przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy Szczepienie przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) Badanie w kierunku wszystkich chorób przenoszonych drogą płciową Szczepienie przypominające przeciwko tężcowi i błonicy (należy przyjmować co 10 lat)
	Od 27 do 49 lat	Szczepienie przeciw grypie (raz do roku) Badanie przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy Test na poziom cholesterolu (rozpocząć w wieku 35 lat, a następnie co 5 lat) Badanie przesiewowe w kierunku cukrzycy typu 2 (rozpocząć w wieku 45 lat, a następnie co 3 lata) Szczepienie przypominające przeciwko tężcowi i błonicy (należy przyjmować co 10 lat)
	Od 50 do 64 lat	Szczepienie przeciw grypie (raz do roku) Badanie poziomu cholesterolu (rozpocząć w wieku 35 lat, a następnie co 5 lat) Badanie przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy Badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego (rozpocząć od 50. roku życia)
	Od 65. roku życia	Szczepienie przeciw półpaścowi (jedna dawka w wieku 60 lat lub starszym) Szczepienie przypominające przeciwko tężcowi i błonicy (należy przyjmować co 10 lat) Szczepienie przeciwko zapaleniu płuc

	WIEK	ZALECANE BADANIA PROFILAKTYCZNE
MĘŻCZYŹNI	Od 21 do 26 lat	Szczepienie przeciw grypie (raz do roku) Szczepienie przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) Badanie w kierunku wszystkich chorób przenoszonych drogą płciową Szczepienie przypominające przeciwko tężcowi i błonicy (należy przyjmować co 10 lat)
	Od 27 do 49 lat	Szczepienie przeciw grypie (raz do roku) Badanie poziomu cholesterolu (rozpocząć w wieku 35 lat, a następnie co 5 lat) Badanie przesiewowe w kierunku cukrzycy typu 2 (rozpocząć od 45. roku życia, a następnie wykonywać co 3 lata) Szczepienie przypominające przeciwko tężcowi i błonicy (należy przyjmować co 10 lat)
	Od 50 do 64 lat	Szczepienie przeciw grypie (raz do roku) Badanie poziomu cholesterolu (co 5 lat) Badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego (rozpocząć od 50. roku życia) Badanie gruczołu prostaty Szczepienie przeciw półpaścowi (jedna dawka w wieku 60 lat lub starszym)
	Od 65. roku życia	Szczepienie przypominające przeciwko tężcowi i błonicy (należy przyjmować co 10 lat) Szczepienie przeciwko zapaleniu płuc

Dobra opieka nad dzieckiem

Profilaktyka dla członków w wieku poniżej 21. roku życia: Wczesne i okresowe badania przesiewowe, diagnostyka i leczenie (EPSDT)

EPSDT to program profilaktycznej opieki zdrowotnej dla osób w wieku od narodzin do osiągnięcia 21 roku życia. Program ten określa się również mianem „dobrej opieki nad dzieckiem" lub „rutynowymi kontrolami" w oparciu o zalecane harmonogramy dotyczące wieku i historii zdrowia Pana/Pani dziecka. Program EPSDT obejmuje pięć kategorii i uwzględnia rutynowe badania kontrolne, a także badania przesiewowe prowadzone w kierunku oceny wzroku, słuchu, uzębienia i rozwoju. Dzieci i młodzież muszą regularnie odbywać wizyty u lekarza, nawet jeżeli nie chorują. Nie chcemy, by dziecko ominęło kluczowe działania, które umożliwią zapewnienie mu dobrego zdrowia w przyszłości.

Lekarze i pielęgniarki w pierwszej kolejności zbadają Pana/Pani dziecko lub nastolatka. W razie konieczności będą podawać szczepienia zapobiegające chorobom. Szczepienia są ważne, ponieważ pomagają zapewnić dziecku zdrowie. Lekarze i pielęgniarki przeprowadzą także, w odpowiednich odstępach czasu, kontrole pod kątem często występujących problemów, jak np. utrata wzroku lub słuchu. Badania przesiewowe wzroku wykonywane są podczas corocznych wizyt odbywających się między 3. a 6. rokiem życia dziecka, a następnie w wieku 8, 10, 12, 15 i 18 lat. Badania słuchu wykonywane są podczas wizyty odbywającej się po narodzinach dziecka i corocznie między 4 a 6 rokiem życia i ponownie w wieku 8 i 10 lat. Badania przesiewowe mające na celu sprawdzenie, jak rośnie i rozwija się Pana/Pani dziecko, wykonywane są w wieku 9 miesięcy, 18 miesięcy oraz 24/30 miesięcy. Badanie przesiewowe w kierunku autyzmu powinno być wykonane podczas wizyt odbywających się w 18 i 24 miesiącu życia Pana/Pani dziecka. Badanie przesiewowe oceniające stan uzębienia powinno być wykonane przed 3. urodzinami Pana/Pani dziecka. Oddzielne badania krwi mogą zostać zlecone na potrzeby badania przesiewowego prowadzonego w kierunku obecności ołowiu, jakie wykonywane jest w wieku 12 i 24 miesięcy oraz po ukończeniu 24 miesięcy do 7 roku życia, jeżeli nie istnieje badanie przesiewowe prowadzone w kierunku obecności ołowiu. Pana/Pani dziecko powinno zostać poddane badaniu przesiewowemu niezależnie od miejsca zamieszkania.

Lekarze i pielęgniarki zapytają również o wszelkie obawy, jakie może mieć Pan/Pani lub Pana/Pani dziecko, i zapewnią Panu/Pani wsparcie, dzięki któremu pomoże Pan/Pani swojemu dziecku pozostać zdrowym. Jeżeli w toku badań przesiewowych wykryty zostanie problem, świadczeniodawca opieki podstawowej Pana/Pani dziecka może skierować je do specjalisty.

Aby wyznaczyć termin wizyty w ramach programu EPSDT, należy zadzwonić do swojego lekarza. W razie jakichkolwiek problemów z wyznaczeniem terminu wizyty, należy skontaktować się telefonicznie z działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

WSPÓŁPŁACENIE („WSPÓŁOPŁATY”)

Z CountyCare nie poniesie Pan/Pani żadnych współopłat za opiekę medyczną lub leki na receptę. Oznacza to, że nie powinien Pan / nie powinna Pani dostawać żadnych rachunków za świadczenia objęte planem CountyCare ani za zatwierdzone usługi. W razie otrzymania rachunku lub wezwania do zapłaty przez pomyłkę należy je przesłać na poniżej podany adres:

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

W przypadku innych problemów z rachunkami medycznymi za świadczenia objęte planem CountyCare należy kontaktować się telefonicznie z działem obsługi klienta pod numerem: 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY) w celu uzyskania pomocy.

Sposób podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej w CountyCare

Świadczeniodawcy i personel służby zdrowia współpracujący z CountyCare podejmują decyzje na podstawie opieki, która jest dla Pana/Pani odpowiednia i objęta Pana/Pani ubezpieczeniem Medicaid. Określa się to zarządzaniem wykorzystaniem usług z zakresu ochrony zdrowia. CountyCare nie nagradza świadczeniodawców za odmowę opieki. Pracownicy CountyCare podejmujący decyzje odnośnie zarządzania wykorzystaniem usług z zakresu ochrony zdrowia nie są wynagradzani za ograniczanie świadczeń pacjentom.

W przypadku pytań dotyczących korzyści, świadczeniodawców bądź jakichkolwiek usług, o które się Pan/Pani ubiegał(a) lub które Pan/Pani otrzymał(a), można zwrócić się do CountyCare. Może Pan/Pani skontaktować się telefonicznie z działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200 lub 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY). Pozostajemy do Pana/Pani dyspozycji od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00 oraz w soboty od 9:00 do 13:00. Poza normalnymi godzinami pracy oraz w święta połączenia są przekazywane do naszego serwisu poza godzinami pracy, dostępnego 7 dni w tygodniu. Pomoc językowa jest dostępna dla członków w celu omówienia świadczeń i udzielenia odpowiedzi na pytania. Kiedy przedstawiciel CountyCare odbiera telefon, zawsze przedstawia się, podając swoje imię i nazwisko, tytuł oraz nazwę firmy.

ŚWIADCZENIA POKRYWANE PRZEZ COUNTYCARE

CountyCare pokrywa wszystkie niezbędne medycznie świadczenia objęte ubezpieczeniem Medicaid oraz niektóre dodatkowe usługi dla swoich członków. Pokrywamy świadczenia bez żadnych kosztów dla Pana/Pani. W niniejszym poradniku zamieszczono wykaz pokrywanych świadczeń. Można także odwiedzić naszą stronę internetową www.countycare.com lub zadzwonić do działu obsługi klienta, aby otrzymać wykaz świadczeń pokrywanych przez CountyCare.

Niektóre świadczenia wymagają wcześniejszego zatwierdzenia. Lekarz wyda wszelkie wymagane wcześniejsze zatwierdzenia.

Przysługujące świadczenia medyczne

Oto wykaz niektórych świadczeń i usług medycznych pokrywanych przez CountyCare:

- Zaawansowane usługi pielęgniarskie
- Ambulatoryjne zabiegi chirurgiczne
- Urządzenia do komunikacji wspomaganej/augmentatywnej
- Usługi audiologiczne
- Krew, komponenty krwi i zarządzanie nimi
- Chiropraktyka dla osób poniżej 21. roku życia
- Usługi stomatologiczne, w tym zabiegi z zakresu chirurgii stomatologicznej
- Świadczenia z zakresu EPSDT dla osób poniżej 21. roku życia
- Usługi planowania rodziny i związane z nimi materiały
- Wizyty w federalnych ośrodkach zdrowia (Federally Qualified Health Center, FQHC), ośrodkach zdrowia na terenach wiejskich (Rural Health Clinic, RHC) oraz w innych ośrodkach zdrowia
- Wizyty domowe asystentów i pielęgniarek
- Wizyty w szpitalnych oddziałach ratunkowych
- Pobyty szpitalne
- Szpitalne zabiegi ambulatoryjne
- Usługi laboratoryjne i rentgen
- Przedmioty medyczne, sprzęt medyczny, protezy i ortezy
- Świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego
- Opieka pielęgniarska
- Pobyt w domu opieki
- Usługi i akcesoria optyczne
- Usługi optometryczne
- Opieka paliatywna i pobyt w hospicjum

- Usługi apteczne
- Fizykoterapia, terapia zajęciowa i logopedia
- Usługi lekarskie
- Usługi podologiczne
- Opieka postabilizacyjna
- Dializy
- Respiratory i inne artykuły
- Usługi mające na celu profilaktykę chorób i promowanie zdrowia
- Wsparcie w przypadku alkoholizmu i uzależnienia od substancji w podostrych przypadkach
- Przeszczepy
- Transport w celu korzystania z usług w ramach programu

Nowe technologie

Nowa technologia może zostać zastosowana w celu poprawy udzielanej Panu/Pani opieki. Może także mieć korzystny wpływ na Pana/Pani zdrowie. Mogą to być:

- testy medyczne,
- zabiegi z zakresu zdrowia psychicznego,
- technologia apteczna,
- gadżety medyczne i inne.

Stosowanie nowej technologii będzie oceniane przez dyrektora medycznego CountyCare i Komitet ds. jakości i zastosowań. Aby nowa technologia mogła zostać zaakceptowana, musi spełniać wytyczne CountyCare.

Stosowanie tych zasad zapewnia Pana/Pani bezpieczeństwo oraz korzystny wpływ na zdrowie i jakość życia.

ŚWIADCZENIA WARUNKOWE

- Aborcja, jeżeli jest dozwolona przez prawo stanowe i federalne oraz w przypadkach koniecznych do ochrony zdrowia lub życia kobiety ciężarnej lub w przypadku gwałtu lub kazirodztwa. Świadczeniodawca musi wypełnić formularz HFS 2390 i załączyć go do dokumentacji medycznej.
- Zabiegi sterylizacji zgodnie z prawem stanowym i federalnym. Świadczeniodawca musi wypełnić formularz HFS 2189 i załączyć go do dokumentacji medycznej.
- Usunięcie macicy, jeżeli świadczeniodawca wypełni formularz HFS 1977 i załączy go do dokumentacji medycznej.

ŚWIADCZENIA NIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEN

Oto wykaz niektórych świadczeń i usług medycznych nieobjętych planem CountyCare:

- usługi o charakterze eksperymentalnym lub badawczym;
- usługi wykonane przez świadczeniodawcę spoza sieci niezatwierdzone w Pana/Pani planie opieki zdrowotnej;
- świadczenia udzielone bez wymaganego wcześniejszego zatwierdzenia;
- planowe zabiegi kosmetyczne;
- leczenie bezpłodności;
- wszelkie usługi medycznie nieuzasadnione;
- usługi świadczone przez lokalne agencje edukacyjne.

Aby dowiedzieć się, czy dana usługa objęta jest programem, należy skontaktować się z działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY). Udzielimy informacji na temat tego, czy taka usługa mieści się w zakresie świadczeń.

DODATKOWE ŚWIADCZENIA PRZYSŁUGUJĄCE CZŁONKOM COUNTYCARE

Jako członek CountyCare, oprócz pokrycia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej uzyska Pan/Pani dodatkowe korzyści. Do dodatkowych korzyści należą:

Karta gratyfikacyjna CountyCare

Co to jest?

Program karty gratyfikacyjnej CountyCare umożliwia Panu/Pani zebranie środków finansowych, które można wydać na zakup wielu produktów w sklepach partnerskich.

Jak to działa:

Kiedy Pan/Pani lub Pana/Pani dzieci udacie się do lekarza w celu otrzymania pewnych usług, CountyCare automatycznie prześle Panu/Pani kartę gratyfikacyjną CountyCare pocztą. Karta będzie zawierać kredyt kwotowy w zależności od udzielonych świadczeń Panu/Pani lub Pana/Pani dzieciom. Po aktywacji karty może Pan/Pani używać jej do zakupu produktów w

różnych sklepach, m.in. Dollar General, Walgreens, Wal-Mart i innych! Za każdym razem, kiedy uda się Pan/Pani do lekarza w celu uzyskania kwalifikującej się usługi, CountyCare automatycznie zasili Pana/Pani istniejącą kartę odpowiednią kwotą.

Kwalifikujące się usługi i przyznawane gratyfikacje

Doroczna wizyta u świadczeniodawcy opieki podstawowej - gratyfikacja w wysokości 25 USD

CountyCare przyzna każdemu członkowi w wieku 16 miesięcy i starszym gratyfikację w wysokości 25 USD za udanie się do swojego świadczeniodawcy opieki podstawowej w celu poddania się corocznej kontroli.

Doroczne badanie przesiewowe prowadzone w kierunku zagrożeń dla zdrowia - gratyfikacja w wysokości 15 USD

Raz w roku CountyCare przekaże każdemu członkowi gratyfikację w wysokości 15 USD na kartę gratyfikacyjną za poddanie się badaniu przesiewowemu prowadzonemu w kierunku zagrożeń dla zdrowia. Proszę skontaktować się telefonicznie z działem obsługi klienta, aby uzyskać połączenie z koordynatorem opieki w celu poddania się badaniu przesiewowemu.

Program „Zdrowe Mamy" – gratyfikacja w wysokości 10/25 USD

Członkinie będące w ciąży powinny regularnie spotykać się swoim lekarzem, także po urodzeniu dziecka.

- Gratyfikacja wysokości 10 USD za każdą wizytę przed porodem, maksymalnie 14 wizyt.
- Gratyfikacja wysokości 25 USD za wizytę u lekarza w okresie pomiędzy 3. a 8. tygodniem po porodzie

Wizyty w ramach Dobrej opieki nad dzieckiem - gratyfikacja w wysokości 10/50 USD

Za zabranie dziecka do lekarza w okresie pierwszych 15 miesięcy życia można uzyskać gratyfikację:

- 50 USD za pierwszą wizytę w pierwszym miesiącu życia.
- 10 USD w przypadku kolejnych pięciu wizyt.

Szczepienia dla dzieci - gratyfikacja w wysokości 10 USD

Można otrzymać gratyfikację za zgłoszenie się z dzieckiem na szczepienie, zanim ukończy ono 2 lata.

- 10 USD w przypadku pierwszych 10 szczepień

Program badań mammograficznych - gratyfikacja w wysokości 25 USD

Kobiety w wieku 50 - 74 lat mogą uzyskać każdego roku gratyfikację w wysokości 25 USD za każde wykonane badanie mammograficzne.

Kontrolowanie wysokiego ciśnienia krwi – gratyfikacja w wysokości 25 USD

Jeżeli cierpi Pan/Pani z powodu wysokiego ciśnienia krwi, CountyCare przyzna Panu/Pani gratyfikację w wysokości 25 USD, jeżeli przez minimum sześć miesięcy z rzędu będzie Pan/Pani realizować recepty i przyjmować leki zgodnie z zaleceniami lekarza.

Leczenie cukrzycy - gratyfikacja w wysokości 25 USD

Kiedy chorujący na cukrzycę członek stawi się na doroczną wizytę u świadczeniodawcy opieki podstawowej i wykona badania przesiewowe krwi i moczu, CountyCare przekaże na jego kartę gratyfikacyjną CountyCare 25 USD.

Badanie oczu w przypadku cukrzyków - gratyfikacja w wysokości 25 USD

Kiedy członek cierpiący z powodu cukrzycy uda się na doroczne badanie wzroku do zrzeszonego w CountyCare do specjalisty chorób oczu, CountyCare przekaże na jego kartę gratyfikacyjną CountyCare 25 USD.

Zarządzanie opieką – gratyfikacja w wysokości 25 USD

Członkowie mogą zakwalifikować się do uczestnictwa w naszym programie zarządzania opieką, aby regularnie spotykać się z kierownikiem ds. opieki. Członkowie otrzymają gratyfikację w wysokości 25 USD za dołączenie do programu oraz wypełnienie planu opieki wspólnie z kierownikiem ds. opieki.

Opieka pochorobowa/wizyty kontrolne - gratyfikacja w wysokości 10/20 USD

Członkowie, którzy zgłoszą się na wizytę kontrolną po pomocy udzielonej w oddziale ratunkowym lub pobycie w szpitalu otrzymają następujące gratyfikacje:

- 20 USD za zgłoszenie się do lekarza prowadzącego w ciągu 7 dni po wizycie w oddziale ratunkowym z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego; lub
- 10 USD, jeżeli po upływie 7 dni, ale w ciągu 30 dni po wizycie na oddziale ratunkowym z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego.
- 20 USD za zgłoszenie się do lekarza prowadzącego w ciągu 7 dni po pobycie w szpitalu z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego; lub

- 10 USD, jeżeli po upływie 7 dni, ale w ciągu 30 dni po pobycie w szpitalu z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego.
- 20 USD za zgłoszenie się do lekarza prowadzącego w ciągu 14 dni po pobycie w szpitalu.

Klika przypomnień dotyczących karty gratyfikacyjnej CountyCare:

- Kartę należy zachować! Będziemy dodawać nowe gratyfikacje, gdy je Pan/Pani zdobędzie. Kartę można używać w następujących sklepach: Dollar General, Family Dollar, Walmart i CVS (nie w sklepach Target). Kartą nie wolno płacić za alkohol ani produkty tytoniowe.
- Możliwe jest pobranie bezpłatnej aplikacji na smartfon – umożliwi to śledzenie programu karty gratyfikacyjnej CountyCare na swoim telefonie komórkowym. Należy pobrać aplikację OTC Network. Działa ona w systemach Apple i Android. Aplikacji można używać do:
  - sprawdzenia stanu karty;
  - lokalizacji sklepów;
  - oglądania odpowiednich przedmiotów i rabatów.

Dodatkowe korzyści CountyCare

Bezpłatna chirurgia oka metodą LASIK

Członkowie w wieku od 21 do 50 lat, którzy spełniają warunki kwalifikacyjne mogą otrzymać bezpłatny zabieg korekty wad wzroku metodą LASIK. Aby uzyskać więcej informacji, proszę odwiedzić naszą stronę internetową lub skontaktować się telefonicznie z działem obsługi klienta, dzwoniąc pod numer 312-864-8200.

Bezpłatne pieluchy

Wyślemy Panu/Pani kupon na DARMOWĄ dużą paczkę pieluch miesięcznie, kiedy Pana/Pani dziecko, do osiągnięcia drugiego roku życia, ma wyznaczone terminy szczepień.

Bezpłatny zestaw Bezpieczny sen

Ciężarne uczestniczki mogą skontaktować się telefonicznie z działem obsługi klienta i poprosić o zestaw Bezpieczny sen. Po ukończeniu co najmniej 14 wizyt prenatalnych, CountyCare wyśle bezpłatny zestaw Bezpieczny sen do Pani domu. Zestaw zawiera:

- kojec do zabawy z materacykiem firmy Graco,
- śpiwór firmy Halo,
- książeczkę z twardymi stronami dla dziecka,
- smoczek.

Bezpłatny fotelik samochodowy

Dzieci w wieku do ośmiu lat, które są członkami CountyCare, są uprawnione do otrzymania bezpłatnego fotelika samochodowego. Rodzice mogą skontaktować się telefonicznie z działem obsługi klienta i poprosić o fotelik, a zostanie on wysłany na podany adres. Kobiety w ciąży zachęca się do kontaktu telefonicznego na miesiąc przed planowanym terminem porodu, aby fotelik dotarł na czas, zanim dziecko się urodzi.

Klub książki dla dzieci

Członkowie w wieku od 3 do 16 lat mogą otrzymać co 3 miesiące nową książkę pocztą po telefonicznym kontakcie z działem obsługi klienta i jej zamówieniu. Dzieci w wieku od 5 do 16 lat otrzymają kartę podarunkową wartości 10 USD wraz z książką.

Bezpłatny test ciążowy do wykonania w domu

Kobiety zdolne do zajścia w ciążę mogą zadzwonić do działu obsługi klienta i poprosić o maksymalnie jeden test w miesiącu. Zostanie on wysłany pocztą na podany adres.

Kupony Weight Watchers

Członkowie CountyCare otrzymują bezpłatne bony na spotkania w klubie osób dbających o linię w okolicy zamieszkania. Należy zadzwonić do działu obsługi klienta z prośba o wydanie bonu, który zostanie przesłany pocztą.

Bezpłatny telefon komórkowy

Członkowie CountyCare mają prawo do uzyskania bezpłatnego telefonu komórkowego (jednego na gospodarstwo domowe) przez program SafeLink. Program zapewnia bezpłatne minuty na połączenia do CountyCare związane ze zdrowiem.

W razie jakichkolwiek pytań dotyczących oferowanych przez nas dodatkowych korzyści należy skontaktować się telefonicznie z działem obsługi klienta, dzwoniąc pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 / 711 (TDD/TTY). Jesteśmy dostępni od poniedziałku do piątku, od 8.00 do 18.00, w sobotę od 9.00 do 13.00. Można także odwiedzić naszą stronę internetową, aby uzyskać więcej informacji.

PRZYSŁUGUJĄCE ŚWIADCZENIA W DOMU PACJENTA I WSPÓLNOCIE (HCBS LUB „PROGRAMY ZARADCZE")

CountyCare prowadzi pięć (5) programów zaradczych HCBS poprzez Departament Opieki Zdrowotnej i Pomocy Rodzinie stanu Illinois dla kwalifikujących się osób.

Program zaradczy zapewnia usługi umożliwiające pacjentom pozostanie we własnych domach lub zamieszkanie we wspólnocie społecznej, a nie w instytucji lub placówce opiekuńczej. Programy zaradcze HCBS są dostępne dodatkowo do świadczeń medycznych i ochrony zdrowia psychicznego. Pięć (5) programów zaradczych HCBS aktualnie prowadzonych przez CountyCare obejmuje:

PROGRAM	OPIS
Program dla seniorów	Dla osób w wieku od 60 lat zagrożonych umieszczeniem w placówce opiekuńczej
Program dla osób niepełnosprawnych	Dla osób niepełnosprawnych fizycznie w wieku od 18 do 59 lat zagrożonych umieszczeniem w placówce opiekuńczej
Program dla osób z HIV/AIDS	Dla osób w każdym wieku, u których rozpoznano zakażenie wirusem HIV lub AIDS zagrożonych umieszczeniem w placówce opiekuńczej
Program dla osób po urazie mózgu	Dla osób w każdym wieku z uszkodzeniem mózgu zagrożonych umieszczeniem w placówce opiekuńczej.
Program ośrodków mieszkalnych zapewniających usługi wsparcia	Dla osób w wieku od 22 do 64 lat niepełnosprawnych fizycznie lub w wieku od 65 lat, które w innym przypadku musiałyby zostać umieszczone w placówce opiekuńczej.

CountyCare nie określa kwalifikacji pacjenta do usług HCBS. Kwalifikacja prowadzona jest przez stan Illinois za pomocą kwestionariusza oceny Ustalenie potrzeb. Po dokonaniu oceny pacjent kwalifikowany jest na podstawie ogólnego wyniku kwestionariusza.

Usługi przysługujące w ramach każdego z tych programów zaradczych podano poniżej.

Wydział ds. Seniorów (DoA)

Osoby w podeszłym wieku:

- Dzienna opieka nad osobami dorosłymi;
- Dzienne usługi transportowe dla osób dorosłych;
- Pomoc domowa;
- Osobisty system wzywania nagłej pomocy (PERS);
- Usługa automatycznego dozowania leków (AMDS);

Wydział Usług Rehabilitacyjnych (DRS)

Osoby niepełnosprawne lub z HIV/AIDS:

- Dzienna opieka nad osobami dorosłymi;
- Dzienne usługi transportowe dla osób dorosłych;
- Adaptacja mieszkania do potrzeb osób niepełnosprawnych;
- Asystent domowej opieki zdrowotnej;
- Okresowa pielęgnacja;
- Wykwalifikowana opieka pielęgniarska (pielęgniarki dyplomowane, pielęgniarki zarejestrowane);
- Terapia zajęciowa;
- Fizykoterapia;
- Terapia mowy;
- Pomoc domowa;
- Dostawy posiłków do domu;
- Indywidualny świadczeniodawca/osobisty asystent;
- Osobisty system wzywania nagłej pomocy (PERS);
- Opieka zastępcza;
- Specjalistyczny sprzęt medyczny i artykuły medyczne.

Wydział Usług Rehabilitacyjnych (DRS)

Osoby po urazie mózgu:

- Dzienna opieka nad osobami dorosłymi;
- Dzienne usługi transportowe dla osób dorosłych;
- Adaptacja mieszkania do potrzeb osób niepełnosprawnych;
- Praca chroniona;
- Asystent domowej opieki zdrowotnej;
- Okresowa pielęgnacja;
- Wykwalifikowana opieka pielęgniarska (pielęgniarki dyplomowane, pielęgniarki zarejestrowane);
- Terapia zajęciowa;
- Fizykoterapia;
- Terapia mowy;
- Wstępne szkolenie zawodowe;
- Dzienny ośrodek pomocy;
- Pomoc domowa;
- Dostawy posiłków do domu;
- Indywidualny świadczeniodawca/osobisty asystent;

- Osobisty system wzywania nagłej pomocy (PERS);
- Opieka zastępcza;
- Specjalistyczny sprzęt medyczny i artykuły medyczne.
- Świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego (lekarze i psycholodzy)

Opieka zdrowotna i usługi rodzinne (HFS)

Ośrodki mieszkalne zapewniające usługi wsparcia:

- Wspierane życie.

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA (LTC);

Zakład opieki długoterminowej określany jest różnymi terminami, takimi jak dom opieki, zakład opiekuńczy czy specjalistyczny zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy. Takie zakłady świadczą usługi, które pomagają spełnić zarówno medyczne, jak i niemedyczne potrzeby ich mieszkańców potrzebujących pomocy i wsparcia w codziennych czynnościach ze względu na chorobę przewlekłą czy niepełnosprawność. Osobom przebywającym w zakładach opieki długoterminowej CountyCare zapewnia świadczenia w miejscu pobytu, dzięki którym otrzymują pełną niezbędną opiekę. Zapewniamy również pomoc w procesie powrotu do samodzielnego mieszkania w społeczności lokalnej dla osób, które mają taką możliwość.

Może Pan/Pani skontaktować się z koordynatorem opieki i porozmawiać z nim na temat opieki długoterminowej lub mieszkania w społeczności.

PRZYSŁUGUJĄCE ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU DŁUGOTERMINOWEGO WSPARCIA I USŁUG (MLTSS)

MLTSS jest programem dla pacjentów, którzy posiadają pełne przywileje Medicaid i Medicare mieszkających w placówce opiekuńczej lub korzystających z programów zaradczych.

Usługi zapewnione w ramach MLTSS obejmują:

- Niektóre usługi z zakresu zdrowia psychicznego;
- Niektóre usługi oferowane w przypadku nadużywania alkoholu i substancji;
- Transport w nienaglących przypadkach na wizyty;
- Usługi w ramach opieki długoterminowej w specjalistycznych i pośrednich placówkach;
- Wszystkie świadczenia zaradcze w domu i środowisku wymienione powyżej w punkcie Przysługujące świadczenia w domu pacjenta i wspólnocie, dla kwalifikujących się pacjentów.

ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNE

CountyCare pokrywa koszt Pana/Pani opieki dentystycznej. Czyszczenie zębów może zapobiec próchnicy i innym problemom stomatologicznym. Należy regularnie zgłaszać się do dentysty.

Korzyści w ramach opieki stomatologicznej dla członków w wieku do 20 lat

- CountyCare pokrywa jedno badanie stomatologiczne i jedno czyszczenie co sześć miesięcy.
- CountyCare pokrywa prześwietlenia rentgenowskie, uszczelnienia, plomby, stomatologiczne zabiegi chirurgiczne, korony, leczenie kanałowe, protezy, aparaty zębowe, ekstrakcje dla członków w wieku do 20 lat.

Korzyści w ramach opieki stomatologicznej dla członków w wieku do 21 lat

- CountyCare pokrywa niektóre rutynowe i niezbędne medycznie usługi stomatologiczne, takie jak prześwietlenia, plomby, korony, leczenie kanałowe (tylko zęby przednie), stomatologiczne zabiegi chirurgiczne, ekstrakcje, protezy, naprawy protez dla pacjentów w wieku od 21 lat.
- Kobiety w ciąży są uprawnione do regularnych kontroli, czyszczenia i zabiegów przyzębia (głębokie oczyszczanie i piaskowanie zębów).
- Dodatkowo CountyCare pokrywa regularne badania i czyszczenie co sześć miesięcy dla członków w wieku od 21 lat.

Wszyscy członkowie programu mogą korzystać z pogotowia stomatologicznego.

W przypadku pytań o określone zabiegi należy zwracać się do biura obsługi klienta. Usługi stomatologiczne świadczone są tylko przez należących do programu świadczeniodawców. Lista stomatologów

współpracujących z CountyCare dostępna jest na stronie internetowej www.countycare.com. Takie informacje można też uzyskać, dzwoniąc do działu obsługi klienta pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

ŚWIADCZENIA OPTYCZNE

CountyCare oferuje rozbudowaną sieć salonów optycznych. Oferujemy badania wzroku wszystkim naszym członkom. Zapewniamy też możliwość wyboru okularów korekcyjnych lub soczewek kontaktowych.

Otrzymuje Pan/Pani:

- Jedno badanie wzroku w naszej sieci optometrów i okulistów każdego roku.
- Możliwość wyboru standardowych oprawek lub wykorzystania bonu o wartości 100 USD na zakup wybranych oprawek w sprzedaży detalicznej. Jeżeli cena oprawki przekracza 100 USD, pokrywa Pan/Pani różnicę w cenie. Możliwość wymiany okularów na nowe przysługuje co dwa 2 lata.
- Przy spełnieniu określonych wymogów zakres świadczeń obejmuje pełen koszt soczewek jednoogniskowych lub dwuogniskowych;
- Zamiast okularów korekcyjnych może Pan/Pani wybrać soczewki kontaktowe. Zakres świadczeń obejmuje pełen koszt ich doboru, a pacjentowi przysługuje bon o wartości 100 USD na zakup soczewek kontaktowych w punkcie sprzedaży detalicznej. Jeżeli cena soczewek kontaktowych przekracza 100 USD, pokrywa Pan/Pani różnicę w cenie.

Można korzystać wyłącznie z należących do sieci salonów optycznych. Aby znaleźć salon optyczny, należy zadzwonić do działu obsługi klienta CountyCare pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny)/ 711 (TDD/TTY) lub sprawdzić online na stronie www.countycare.com.

ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU ZDROWIA PSYCHICZNEGO I LECZENIA UZALEŻNIEŃ

W przypadkach zagrożenia życia należy zadzwonić pod numer 911 lub udać się na najbliższy szpitalny oddział ratunkowy.

CountyCare poprzez rozbudowaną sieć świadczeniodawców oferuje usługi z zakresu zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień. Usługi z zakresu zdrowia psychicznego są dostępne dla niepełnoletnich i dorosłych członków CountyCare. Chcemy, aby pacjenci zachowali zdrowie zarówno ducha, jak i ciała. W celu uzyskania dostępu do tego rodzaju usług należy zadzwonić do biura obsługi klienta pod numer telefonu: 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny)/ 711 (TDD/TTY), wybrać 4, a następnie wybrać 1 w przypadku świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego. Zostanie Pan/Pani przełączony do świadczeniodawcy, który zaoferuje wizytę w ciągu najbliższych 7 dni. Dostępne są świadczenia ambulatoryjne, szpitalne oraz rezydencjonalne, w zależności od potrzeb pacjenta.

Nasza sieć świadczeniodawców oferuje leczenie w zakresie:

- zaburzeń lękowych,
- choroby dwubiegunowej,
- depresji,
- schizofrenii,
- zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji odurzających (tj. uzależnienie od narkotyków i/lub problemy z alkoholem),
- innych chorób psychicznych lub zaburzeń behawioralnych.

Leczenie problemów psychicznych i behawioralnych zapewniane przez CountyCare obejmuje między innymi:

- nadzorowane leczenie farmakologiczne w przypadku uzależnienia od substancji, z zastosowaniem metadonu, suboksonu i wiwitrolu;
- świadczenia z zakresu leczenia stabilizacyjnego w stanach kryzysowych;
- kierowanie lekami;
- oceny zdrowia psychicznego;
- koordynacja opieki;
- terapia indywidualna, grupowa i rodzinna;
- badania psychologiczne;
- wsparcie środowiskowe;
- pobyty w oddziale dziennym;
- hospitalizacja w oddziale psychiatrycznym;
- terapia elektrowstrząsowa;
- zarządzanie odstawieniem;
- rehabilitacja stacjonarna.

Aby skorzystać z tych usług, należy porozmawiać ze świadczeniodawcą opieki podstawowej, koordynatorem opieki lub skontaktować się z nami pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY). Można również wybrać odpowiedniego świadczeniodawcę na naszej stronie internetowej.

CountyCare zapłaci tylko za usługi świadczone przez świadczeniodawcę należącego do sieci. Takiego świadczeniodawcę można wyszukać na naszej stronie internetowej www.countycare.com lub kontaktując się z nami telefonicznie. Może Pan/Pani dowiedzieć się, czy preferowany świadczeniodawca jest w sieci i uzyskać więcej informacji na temat usług oferowanych w zakresie zdrowia psychicznego.

USŁUGI Z ZAKRESU PLANOWANIA RODZINY

CountyCare dysponuje siecią świadczeniodawców z zakresu planowania rodziny, u których można uzyskać tego rodzaju świadczenia. Można korzystać z porad dowolnego wykwalifikowanego specjalisty ds. planowania rodziny. Nie musi on należeć do sieci naszych świadczeniodawców. Aby korzystać z takich usług, nie musi Pan/Pani prosić świadczeniodawcy opieki podstawowej o skierowanie ani uzyskiwać zgody CountyCare.

Program CountyCare obejmuje:

- Wszystkie metody antykoncepcji, w tym środki antykoncepcyjne oraz dopasowanie lub wprowadzenie urządzenia (tj. wkładki lub implanty).
- Antykoncepcja postkoitalna bez recepty i na receptę
- Trwałe metody antykoncepcji - wazektomia i podwiązania jajowodów.

OPIEKA NAD KOBIETAMI W CIĄŻY I PO PORODZIE

Program CountyCare obejmuje:

- ambulatoryjne konsultacje u pracowników służby zdrowia, w tym kontrole przedporodowe i poporodowe, badania laboratoryjne i ultrasonograficzne oraz opieka w zakresie problemów bądź komplikacji związanych z ciążą i porodem;
- opiekę szpitalną w szpitalach należących do programu oraz opieka przy nagłych porodach w placówkach nienależących do programu;
- prenatalne procedury diagnostyczne w wypadku ciąży wysokiego ryzyka, w tym badania genetyczne.

Możliwe jest pozostanie w szpitalu przez co najmniej 48 godzin po porodzie siłami natury i przynajmniej przez 96 godzin po porodzie przez cesarskie cięcie.

W niektórych przypadkach matki chcą wcześniej wyjść do domu. Istnieje taka możliwość, jeżeli po rozmowie z pacjentką lekarz wyrazi zgodę na wypis i ustali termin konsultacji ambulatoryjnej dla matki i dziecka w ciągu 48 godzin.

Możliwy jest wybór certyfikowanej położnej odbierającej poród. Można wyszukać certyfikowaną położną w katalogu świadczeniodawców Planu Opieki Zdrowotnej CountyCare w zakładce „Świadczeniodawcy specjalistyczni". W celu odbycia takiej konsultacji nie jest konieczna zgoda CountyCare.

Dodanie dziecka do swojego planu

Jedną z najważniejszych rzeczy, jakie może Pan/Pani zrobić, jest zapewnienie, że Pana/Pani dziecko jest objęte ubezpieczeniem zdrowotnym. W ciągu tygodnia od narodzin Pana/Pani dziecka, prosimy skontaktować z DHS pod numerem 1-800-843-6154 lub zalogować się w systemie aplikacji dot. kwalifikowalności do uzyskania świadczeń (Application for Benefits Eligibility, ABE) na stronie internetowej www.abe.illinois.gov. Po zalogowaniu się do ABE należy przejść do zakładki Zarządzaj moją sprawą (Manage my case), aby dodać swoje dziecko i wybrać pozostanie w CountyCare. Po dodaniu dziecka otrzyma Pan/Pani powiadomienie pocztą. Jeżeli chce Pan/Pani uzyskać pomoc w zapisaniu dziecka, należy skontaktować się z koordynatorem opieki, który przeprowadzi Pana/Panią przez proces rejestracji w ABE, kontaktując się z obsługą klienta pod numerem 312-864-8200.

PROGRAM "JAŚNIEJSZY POCZĄTEK"

Program "Jaśniejszy początek" ma pomóc przyszłym rodzinom i dzieciom zachować zdrowie w okresie ciąży i po narodzinach dziecka. Aby uzyskać dodatkowe informacje na temat programu "Jaśniejszy początek", proszę odwiedzić stronę CountyCare.

System gratyfikacyjny CountyCare dla mam i dzieci:

- Wizyty prenatalne: Może Pani otrzymać 10 USD na kartę gratyfikacyjną CountyCare za uczęszczanie na wizyty prenatalne. Otrzyma Pani 25 USD, kiedy odwiedzi Pani swojego świadczeniodawcę w celu przeprowadzenia kontroli w ciągu 3 – 8 tygodni po narodzinach dziecka.
- Wizyty w ramach Dobrej opieki nad dzieckiem: Otrzyma Pani gratyfikację w wysokości 50 USD, kiedy przyprowadzi Pani swoje dziecko na kontrolę w ciągu jednego miesiąca od jego narodzin. W przypadku kolejnych pięciu wizyt otrzyma Pani 10 USD.

- Szczepienia: Otrzyma Pani gratyfikację w wysokości 10 USD za każde z pierwszych 10 szczepień, jakie otrzyma Pani dziecko.

Korzyści oferowane przez CountyCare na rzecz mam i dzieci:

- Bezpłatny fotelik samochodowy: CountyCare zapewnia bezpłatne foteliki samochodowe dla rodzin oczekujących narodzin dziecka. Aby poprosić o fotelik samochodowy dla dziecka, należy zadzwonić pod numer 313-864-8200, a zostanie on do Pani wysłany.
- Bezpłatne łóżeczko przenośne oraz zestaw zapewniający bezpieczny sen: Jeżeli odbędzie Pani 14 wizyt prenatalnych u swojego świadczeniodawcy zapewniającego opiekę prenatalną, może Pani otrzymać bezpłatny zestaw Bezpieczny sen, który doręczony zostanie do Pani domu po narodzinach dziecka. Należy skontaktować się z nami pod numerem 312-864-8200 w dowolnym momencie ciąży, aby poprosić o zestaw Bezpieczny sen.
- Bezpłatny laktator: CountyCare zapewnia podwójne laktatory elektryczne. Pani świadczeniodawca może zamówić laktator, który będzie Pani mogła odebrać lub otrzymać dostarczony do domu.
- Kupony na bezpłatne pieluchy: Raz w miesiącu wszystkie rodziny z dziećmi, które nie ukończyły 2 roku życia, otrzymają drogą pocztową kupon na bezpłatną paczkę pieluch. CountyCare automatycznie wyśle kupon, kiedy Pana/Pani dziecko będzie posiadało wszystkie aktualne szczepienia.

USŁUGI APTECZNE

Jako członek CountyCare uzyskuje Pan/Pani leki przepisane na receptę bez opłat pod warunkiem ich realizacji w aptece zrzeszonej w sieci.

Aby odebrać lek, potrzebna jest recepta wystawiona przez Pana/Pani świadczeniodawcę. W celu realizacji lub przedłużenia recept należy dostarczyć receptę do jednej z naszych aptek. Do naszej sieci aptek należy wiele krajowych sieci handlowych, jak CVS, Kmart, Walgreens, Meijer, Osco, Target i Walmart, oraz niezależne apteki. W aptece konieczne jest okazanie karty identyfikacyjnej CountyCare.

Może Pan/Pani także skorzystać z aptek Cook County Health, jeżeli odwiedza Pan/Pani świadczeniodawcę Cook County Health. Jeżeli Pana/Pani świadczeniodawca opieki podstawowej przyjmuje w lokalnym ośrodku zdrowia, może Pan/Pani mieć możliwość realizacji recepty na terenie ośrodka.

Może Pan/Pani zobaczyć wszystkie leki, których koszt pokrywamy, na liście leków refundowanych CountyCare. Listę leków refundowanych znaleźć można na stronie internetowej www.countycare.com w zakładce obsługi klienta. W razie braku dostępu do Internetu proszę zadzwonić do działu obsługi klienta, a prześlemy egzemplarz w formie papierowej. Jeżeli potrzebuje Pan/Pani leku, którego nie ma na liście, Pana/Pani lekarz prowadzący może wystąpić o jego akceptację.

Jeżeli jest Pan/Pani nowym członkiem CountyCare, może Pan/Pani nadal przyjmować aktualnie stosowane leki przez pierwsze 90 dni członkostwa, nawet jeżeli nie znajdują się one na liście leków refundowanych CountyCare.

CountyCare pokrywa także leki dostępne bez recepty zamieszczone na liście leków refundowanych bez ponoszenia przez Pana/Panią opłat. Wymagana będzie recepta wystawiona przez Pana/Pani świadczeniodawcę, aby uzyskać refundację za te leki.

USŁUGI TRANSPORTOWE

Transport inny niż w nagłych wypadkach

CountyCare może zapewnić transport na wizytę medyczną i z powrotem w celu uzyskania zapewnianych świadczeń, jeżeli Pan/Pani tego potrzebuje.

- CountyCare oferuje także karty Ventra i PACE na przejazdy komunikacją publiczną. Członkowie mogą poprosić o te karty, dzwoniąc do działu obsługi klienta pod numer 312-864-8200.
- Transport może zorganizować Pan/Pani, koordynator opieki pacjenta lub psycholog prowadzący, kontaktując się telefonicznie z działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

Przewozy należy planować wcześniej! W przypadku uzgodnionych wizyt przewóz należy zaplanować co najmniej 72 godziny wcześniej.

Transport karetką pogotowia

Zakres świadczeń obejmuje transport karetką w nagłych wypadkach. Ta usługa może też być dostępna w innych sytuacjach. Aby skorzystać z przewozu karetką w sytuacji innej niż nagły wypadek, należy uzyskać wcześniejszą akceptację.

W razie nagłego wypadku medycznego należy zadzwonić pod numer 911.

KOORDYNACJA OPIEKI

CountyCare prowadzi kilka programów mających na celu poprawę stanu zdrowia naszych członków. Osiągamy to poprzez edukację oraz osobistą pomoc ze strony personelu CountyCare. Nazywa się to koordynacją opieki. Celem jest podniesienie jakości oferowanej opieki zdrowotnej oraz zapewnienie wsparcia służącego poprawie stanu zdrowia. Może Pan/Pani dowiedzieć się, kto jest jego koordynatorem opieki, dzwoniąc do działu obsługi klienta pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatne) / 711 (TDD/TTY).

Pomoc od KOORDYNATORA OPIEKI polega na:

- częstym kontakcie z pacjentem, jego opiekunem i pracownikami służby zdrowia, z których opieki korzysta;
- ocenie schorzeń pacjenta;
- planowaniu opieki poprzez pomaganie pacjentowi w ustaleniu celów krótko- i długoterminowych;
- koordynowaniu usług w celu zapewnienia potrzebnej i efektywnej opieki zdrowotnej.

KOORDYNATOR OPIEKI to konsultant, który:

- odpowiada na pytania pacjenta;
- przekazuje wiedzę o systemie opieki zdrowotnej;
- pomaga rozważyć dostępne opcje i możliwości;
- pomaga w uzyskaniu skierowania na leczenie w zakładzie opieki zdrowotnej;
- określa usługi objęte ubezpieczeniem;
- pomaga zaplanować powrót do samodzielnego mieszkania po pobycie w szpitalu;
- pomaga nawiązać kontakt z instytucjami lokalnymi;
- odwiedza pacjenta w placówce opieki zdrowotnej lub jego miejscu zamieszkania.

Informacje uzyskiwane za pośrednictwem koordynatora opieki zdrowotnej są traktowane w sposób poufny. Udostępniane są one tylko w razie konieczności zaplanowania opieki zdrowotnej i dokonania należytej zapłaty za usługi.

PROGRAMY ZARZĄDZANIA ZDROWIEM POPULACJI

Badania przesiewowe, ocena i plan opieki

Kiedy tylko zostanie Pan/Pani członkiem CountyCare, chcielibyśmy od razu dowiedzieć się, jakie usługi mogą być potrzebne Panu/Pani lub Pana/Pani dzieciom. Chcemy możliwie jak najwcześniej zapewnić Panu/Pani to, czego Pan/Pani potrzebuje.

Aby to osiągnąć, Pana/Pani **koordynator opieki oraz inny członek naszego zespołu** skontaktuje się z Panem/Panią telefonicznie, aby zadać Panu/Pani kilka podstawowych pytań na temat stanu Pana/Pani zdrowia oraz bezpieczeństwa. Jest to tzw. **"badanie przesiewowe dotyczące stanu zdrowia."**

Jeżeli powie nam Pan/Pani, że cierpi z powodu pewnych schorzeń lub ma inne obawy dotyczące stanu zdrowia, możemy zadać Panu/Pani więcej pytań, aby dowiedzieć się, jakie usługi możemy zasugerować. Jest to tzw. **"ocena stanu zdrowia."**

Jeżeli kwalifikuje się Pan/Pani do programu zarządzania opieką, wspólnie z koordynatorem opieki opracuje Pan/Pani **"plan opieki"**. Plan wyszczególnia usługi, w związku z którymi chce Pan/Pani naszej pomocy, oraz wszystko, czego chce Pan/Pani dla siebie lub swojego dziecka.

Pana/Pani plan opieki stanowi Indywidualny Plan Opieki (Indyvidual Plan of Care, IPoC) oraz może obejmować wszystko, co może być pomocne: spotkania ze świadczeniodawcami; edukacja z zakresu chorób; dostęp do źródeł żywności, odzieży, transportu, zakwaterowania lub szkolenia zawodowego; ustalenia w szkole Pana/Pani dziecka; kroki, jakie chce Pan/Pani podjąć, aby poprawić stan swojego zdrowia lub przygotować się na przyszłość.

Informacje, które otrzymujemy od Pana/Pani są poufne. Zwykle udostępniamy je (na zasadzie niezbędnej wiedzy) każdemu, kto Panu/Pani pomaga - na przykład lekarzowi, agencji wspólnotowej lub szkole Pana/Pani dziecka - aby upewnić się, że wszyscy mają jasność co do tego, co powinni zrobić. Zawsze może nam Pan/Pani powiedzieć, aby nie udostępniać informacji określonym osobom, jeżeli takie jest Pana/Pani życzenie.

Może Pan/Pani także wybrać, czy chce, abyśmy świadczyli usługi z zakresu badań przesiewowych, oceny i planu opieki. Może Pan/Pani w dowolnej chwili zmienić zdanie. W dowolnym momencie może Pan/Pani poprosić koordynatora opieki o:

- Informacje na temat dobrostanu i stanu zdrowia;
- Wsparcie w zakresie rozwiązywania problemów.

Programy dla osób ze specjalnymi warunkami

Możemy zaoferować programy pomagające osobom cierpiącym na określone choroby, problemy psychiczne lub inne dolegliwości. Jeżeli występuje u Pana/Pani jeden z tych problemów, możemy do Pana/Pani zadzwonić, aby

sprawdzić, czy chce Pan/Pani wziąć udział w programie. Może Pan/Pani wybrać, czy chce uczestniczyć w jakimkolwiek programie. Może Pan/Pani również zapytać koordynatora opieki, czy kwalifikuje się Pan/Pani do jakiegokolwiek programu.

Samodzielne badanie przesiewowe dotyczące stanu zdrowia

Czy jest Pan/Pani ciekawy(a) swojego stanu zdrowia? Czy chce Pan/Pani czuć się możliwie jak najlepiej?

CountyCare oferuje **narzędzia online**, których może Pan/Pani użyć w swoim telefonie komórkowym lub komputerze, aby dowiedzieć się więcej o swoich nawykach zdrowotnych.

Proszę zalogować się do portalu członkowskiego i kliknąć narzędzie, które Pana/Panią interesuje, oraz odpowiedzieć na pytania. Otrzyma Pan/Pani spersonalizowaną listę kroków, które może Pan/Pani podjąć, aby poprawić stan swojego zdrowia.

Może Pan/Pani odpowiadać na pytania tak często, jak Pan/Pani chce – lub wcale. Żaden z członków personelu planu opieki zdrowotnej ani osoby pomagające Panu/Pani nie będą wiedzieć, jakie są Pana/Pani odpowiedzi. Ale może Pan/Pani wydrukować kopię i pokazać ją swojemu lekarzowi, jeżeli zobaczy Pan/Pani coś, o czym zechce porozmawiać.

W przypadku problemów z korzystaniem z tych narzędzi koordynator opieki może pomóc Panu/Pani telefonicznie.

PRAWA I OBOWIĄZKI CZŁONKA W ZAKRESIE ZARZĄDZANIA OPIEKĄ

Członek może wyrazić zgodę na udział w programie koordynacji opieki. Podczas tego programu koordynator opieki będzie ściśle współpracować z Panem/Panią, aby wspierać i pomagać Panu/Pani w zakresie poprawy stanu zdrowia.

Prawa członka

Członkowie CountyCare mają prawo do:

1. otrzymywania informacji o programach CountyCare; otrzymywania informacji na temat CountyCare, naszych pracowników i ich kwalifikacji;
2. podjęcia decyzji o nieuczestniczeniu w programach lub niekorzystaniu z usług CountyCare;
3. poznania członków personelu odpowiedzialnych za ich usługi z zakresu zarządzania opieką; wiedzy, jak zmienić swojego kierownika ds. opieki;
4. uzyskania pomocy CountyCare przy podejmowaniu decyzji dotyczących opieki zdrowotnej;
5. poznania wszystkich dostępnych usług z zakresu zarządzania opieką; omówienia tych usług ze swoim świadczeniodawcą;
6. bezpiecznego przechowywania ich informacji medycznych; wiedzy, kto ma dostęp do podanych przez nich informacji; wiedzy, jak CountyCare dba o bezpieczeństwo ich informacji.
7. bycia traktowanymi przez personel CountyCare z szacunkiem i poszanowaniem godności w każdej sytuacji;
8. zgłaszania skargi do CountyCare; wiedzy, jak zgłosić skargę; wiedzy, ile czasu zajmuje uzyskanie odpowiedzi na złożoną skargę;
9. otrzymywania informacji w języku lub w sposób, który mogą zrozumieć;
10. bycia zrozumianymi; dotyczy to również sytuacji, kiedy posiada Pan/Pani ograniczoną znajomość języka angielskiego, inną kulturę lub niepełnosprawność.
11. otrzymania egzemplarza swojego planu opieki (Indywidualny plan opieki / IPoC).

Może Pan/Pani swobodnie korzystać ze swoich praw i nie spowoduje to prowadzenia przeciwko Panu/Pani żadnych działań.

Obowiązki członka

Członkowie CountyCare mają obowiązek:

1. przetrzegać zaleceń i planu opieki (IPoC) uzgodnionego przez Pana/Panią i Pana/Pani świadczeniodawcę;
2. traktowania swojego kierownika ds. opieki i zespół wsparcia koordynacji opieki z uprzejmością i szacunkiem przez cały czas;
3. przekazywania CountyCare odpowiednich informacji, abyśmy mogli zapewnić potrzebne usługi;
4. poinformowania CountyCare i swojego świadczeniodawcę o tym, że opuszcza Pan/Pani program zarządzania opieką CountyCare;
5. Dodatkowe obowiązki dotyczą członków korzystających z usług realizowanych w domu i środowisku. Więcej informacji znajduje się w tej części podręcznika.

Rozwiązanie umowy

Członek może rozwiązać umowę lub zrezygnować z zarządzania opieką dobrowolnie i/lub gdy poprawi się jego stan i okoliczności. Proszę skontaktować się z

koordynatorem opieki, aby uzyskać jego pomóc w tym procesie.

Usługi z zakresu zarządzania opieką lub koordynacji opieki mogą zostać przerwane w przypadku członków, którzy nie wypełniają wyżej wymienionych obowiązków.

Udział w programie zarządzania opieką dla członków HCBS – (M)LTSS

Członkowie korzystający z usług zapewnianych w warunkach domowych i we wspólnocie (HCBS) muszą uczestniczyć w zarządzaniu opieką. Nieuczestniczenie w wizytach domowych i/lub nieudzielenie pisemnej zgody lub potwierdzenia będzie oznaczać brak udziału w zarządzaniu opieką. Członkowie HCBS muszą również przestrzegać zasad programu dotyczących współpracy: przebywania w domu w celu skorzystania z usług, powiadamiania świadczeniodawcy z wyprzedzeniem o wszelkich nieobecnościach, umożliwiania świadczeniodawcy przybycia do domu w celu świadczenia usług, niezakłócania realizacji usługi i wystrzegania się zachowywania w sposób agresywny lub groźny. Członkowie HCBS, którzy nie zezwalają na wizyty domowe, odmawiają koordynacji opieki lub nie przestrzegają uzgodnionego protokołu ustaleń (MOU), zwanego czasem umową o opiece, zostaną skierowani do odpowiedniej agencji stanowej w celu przeprowadzenia rewizji kwalifikowalności i wszczęcia procedury zamknięcia sprawy.

Prawa członka (M) LTSS

Zgoda członka (M) LTSS HCBS musi zostać udokumentowana, a także jego pisemne potwierdzenie zrozumienia jego praw i obowiązków, które obejmują:

- edukację na temat jego praw członkowskich w momencie rozpoczęcia realizacji usługi, w chwili zmiany usługi i corocznie;
- możliwość uczestniczenia w wyborze rodzajów świadczonych usług i świadczeniodawców;
- prawo członków do wkładu i zgody na plan opieki;
- prawo członka do odmowy leczenia lub r ealizacji usług oraz konsekwencje takiej odmowy związane z kwalifikowalnością świadczeń i/lub wynikami zdrowotnymi;
- edukację na temat tego, jak i komu zgłosić nadużycie, zaniedbanie i wykorzystywanie w czasie oceny i ponownej oceny;
- zastosowanie dyrektyw dotyczących końca życia i opieki zaawansowanej;
- prawo do otrzymania powiadomienia i uzasadnienia zmiany lub zakończenia usług CC/CM;
- alternatywne podejścia, gdy członek i/lub rodzina nie mogą w pełni uczestniczyć w fazie oceny.

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI

Chcemy, aby otrzymał(a) Pan/Pani doskonałą opiekę zdrowotną i obsługę klienta. Co roku poddajemy się ocenie, aby zobaczyć, co idzie dobrze, a co mogłoby pójść lepiej. Chcemy, aby ludzie otrzymywali opiekę prewencyjną i opiekę zgodną ze swoimi warunkami – i byli traktowani z uprzejmością oraz szacunkiem.

Może Pan/Pani otrzymywać ankiety, które pomogą nam dowiedzieć się:

- Czy otrzymuje Pan/Pani potrzebną opiekę?
- Czy uczy się Pan/Pani, jak lepiej dbać o siebie?
- Czy jest Pan/Pani zadowolony(a) z otrzymywanych usług?

Działamy również na podstawie informacji, które nam Pan/Pani przekazuje, na przykład, gdy:

- skarży się Pan/Pani na jakość opieki;
- składa Pan/Pani zażalenie dotyczące usług.

Jeżeli chce Pan/Pani uzyskać więcej informacji dotyczących programu poprawy jakości CountyCare, należy skontaktować się z działem obsługi klienta pod numerem telefonu: 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

Takie programy obejmują:

- opiekę profilaktyczną i opiekę wymaganą w przypadku występującej choroby;
- badania sondażowe satysfakcji członków w zakresie opieki zdrowotnej i świadczonych usług;
- dochodzenie w sprawie skarg dotyczących jakości opieki zdrowotnej;
- zespół rozpatrujący skargi pacjentów i pracujący nad jakością opieki.

Jeżeli chce Pan/Pani uzyskać więcej informacji dotyczących programu poprawy jakości CountyCare, należy skontaktować się z działem obsługi klienta pod numerem telefonu: 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

PROGRAM OGRANICZENIA ŚWIADCZENIOBIORCY

Program przydziału nazywany także programem ograniczenia świadczeniobiorcy został ustanowiony przez Departament Opieki Zdrowotnej i Pomocy Rodzinie oraz CountyCare w celu zapewnienia, że nasi pacjenci wykorzystują w najlepszy sposób przysługujące im świadczenia. Celem tego programu jest zapewnienie, aby każdy pacjent otrzymał odpowiednią opiekę w odpowiednim czasie w zakresie świadczeń medycznych i terapii lekami wydawanymi na receptę. W ramach tego programu pacjent zostaje przypisany do określonego lekarza opieki podstawowej i wybranej apteki. Po przydzieleniu do programu każdy pacjent otrzyma pisemne powiadomienie i ma możliwość odwołania się od ustalonego przydziału w ciągu 60 dni od otrzymania powiadomienia.

ZAAWANSOWANE DYSPOZYCJE

Pacjentowi przysługuje prawo do podejmowania decyzji dotyczących jego opieki medycznej. Dyspozycja pacjenta jest jego pisemną decyzją odnośnie opieki zdrowotnej w przyszłości w przypadku, kiedy nasilenie choroby będzie uniemożliwiać podjęcie takiej decyzji. W stanie Illinois istnieją cztery rodzaje dyspozycji pacjenta:

- **Pełnomocnictwo w zakresie opieki zdrowotnej** - umożliwia wybór osoby, która będzie podejmowała decyzje w zakresie opieki zdrowotnej, jeżeli Pana/Pani choroba uniemożliwi samodzielne podejmowanie decyzji. Może Pan/Pani wydrukować to pełnomocnictwo ze strony internetowej CountyCare: http://www.countycare.com/Media/Default/Resources/AdvanceDirectivePowerOfAttorney.pdf
- **Oświadczenie woli** - informuje lekarza i innych świadczeniodawców, jakiego rodzaju opiekę chce Pan/Pani otrzymywać, jeżeli jest Pan/Pani terminalnie chory(-a). Osoba terminalnie chora to pacjent, którego stan się nie poprawi.
- **Wybór w przypadku choroby psychicznej** - umożliwia podjęcie decyzji odnośnie zgody na zastosowanie niektórych rodzajów terapii psychiatrycznej, które mogą być pomocne.
- **Dyspozycja: Nie wykonywać resuscytacji/ dyspozycje lekarza dotyczące zabiegów podtrzymujących życie (DNR / POLST)** - informuje rodzinę, wszystkich lekarzy oraz innych świadczeniodawców, jaka jest Pana/Pani wola w przypadku zatrzymania czynności serca lub oddechu. Można to również wykorzystać do spisania życzeń dotyczących leczenia podtrzymującego życie.

Więcej informacji odnośnie dyspozycji pacjenta można znaleźć w planie opieki zdrowotnej lub uzyskać od lekarza prowadzącego. W przypadku przyjęcia do szpitala pacjent może zostać zapytany, czy posiada dyspozycję tego rodzaju. Nie jest to konieczne, aby uzyskać opiekę zdrowotną, ale większość szpitali zachęca do złożenia tego rodzaju dyspozycji. Pacjent ma prawo złożyć jedną lub kilka dyspozycji, którą(-e) może odwołać lub zmienić w dowolnym czasie zgodnie ze swoim przekonaniem.

Życzenia odnośnie opieki medycznej można złożyć na piśmie, kiedy jest się zdrowym i jest się w stanie dokonywać wyborów. Dyspozycja pacjenta jest jego pisemnym oświadczeniem dotyczącym sposobu podejmowania decyzji medycznych, kiedy pacjent nie jest tego zrobić. Prawo krajowe wymaga, aby poinformować pacjenta, że ma prawo wydać taką dyspozycję podczas przyjmowania do placówki opieki zdrowotnej. Istnieje także obowiązek zapytania, czy pacjent poczynił takie dyspozycje na piśmie.

Nikt nie ma prawa zmuszać pacjenta do wydania dyspozycji. To pacjent decyduje czy chce to zrobić. Każda osoba w wieku od 18 lat zdrowa na umyśle i zdolna do podejmowania samodzielnych decyzji może wydać dyspozycję pacjenta. Do jej sporządzenia niepotrzebna jest obecność prawnika. Niemniej jednak można poradzić się prawnika.

Formularz decyzji pacjenta można otrzymać od świadczeniodawcy. Można także skontaktować się w tej sprawie z działem obsługi klienta.

Strona internetowa Departamentu Zdrowia Publicznego stanu Illinois zawiera również pomocne informacje dotyczące zaawansowanych dyrektyw. Może Pan/Pani znaleźć te zasoby tutaj: http://www.countycare.com/Media/Default/Resources/AdvanceDirectivePowerOfAttorney.pdf

SKARGI I ODWOŁANIA

Chcemy, by członkowie naszego programu byli zadowoleni z usług CountyCare i współpracujących z nami świadczeniodawców. Jeżeli nie są one satysfakcjonujące, można złożyć skargę lub odwołanie.

Skargi

Skargi to zażalenia dotyczące wszelkich spraw oprócz odmowy, ograniczenia lub zakończenia świadczenia usługi.

CountyCare bardzo poważnie podchodzi do skarg. Chcemy wiedzieć, w czym tkwi problem, byśmy mogli poprawić jakość naszych usług. Prosimy o natychmiastowe zgłaszanie wszelkich skarg dotyczących świadczeniodawców, jakości opieki zdrowotnej bądź świadczonych usług. CountyCare stosuje określone procedury, które mają na celu pomóc członkom składającym skargi. Zrobimy, co w naszej mocy, by odpowiedzieć na wszelkie pytania lub pomóc w rozwiązaniu danego problemu. Wniesienie skargi nie wpłynie na możliwość korzystania z usług opieki zdrowotnej ani na przysługujące świadczenia.

Poniżej zamieszczono przykłady sytuacji, w których pacjent mógłby złożyć skargę:

- świadczeniodawca lub członek personelu CountyCare nie działał z poszanowaniem praw pacjenta;
- pacjent miał trudności z ustaleniem terminu wizyty w odpowiednim przedziale czasowym;
- pacjent nie był zadowolony z jakości opieki zdrowotnej lub leczenia;
- świadczeniodawca lub członek personelu CountyCare był nieuprzejmy wobec pacjenta;
- świadczeniodawca lub członek personelu CountyCare nie uwzględnił potrzeb kulturowych lub innych specjalnych potrzeb pacjenta.

Skargę można złożyć telefonicznie, kontaktując się z działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY). Skargę można również przesłać w formie pisemnej pocztą lub faksem na adres:

CountyCare Health Plan
P.O. Box 21153
Eagan, MN 55121
Faks: 866-200-5031

W piśmie zawierającym skargę należy podać jak najwięcej szczegółów. Należy na przykład podać datę i miejsce incydentu, nazwiska osób, które brały w nim udział oraz szczegółowy opis tego, co się stało. Należy też podać swoje imię i nazwisko i numer identyfikacyjny pacjenta. Aby uzyskać pomoc w złożeniu skargi, należy skontaktować się z działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

Osobom nieznającym języka angielskiego zapewniamy możliwość skorzystania z usług tłumacza bez dodatkowych kosztów. Proszę uwzględnić prośbę o tłumacza w składanej skardze. Osoby niesłyszące mogą połączyć się z centralą Illinois pod numerem 711.

Na każdym etapie procesu składania skargi może Pana/Panią reprezentować wybrana przez Pana/Panią osoba, która może również występować w Pana/Pani imieniu. Będzie ona określana jako Pana/Pani „przedstawiciel".

Aby wyznaczyć przedstawiciela, należy:

1. wysłać do nas pismo informujące, że chce Pan/Pani być reprezentowanym/-ą przez inną osobę oraz zawrzeć w piśmie jej dane kontaktowe lub
2. wypełnić Formularz dla Upoważnionego przedstawiciela. Może Pan/Pani znaleźć ten formularz na naszej stronie http://www.countycare.com/Media/Default/Resources/AdvanceDirectivePowerOfAttorney.pdf

CountyCare wyśle Panu/Pani pismo potwierdzające w ciągu 48 godzin, aby poinformować Pana/Panią o otrzymaniu skargi. CountyCare postara się od ręki rozpatrzyć daną skargę. Jeżeli nie będzie to możliwe, możemy się skontaktować z Pana/Panią w celu uzyskania dokładniejszych informacji. W ciągu 90 dni otrzyma Pan/Pani od CountyCare pismo dotyczące podjętej decyzji.

Odwołania

Odwołanie to sposób, w który można wystąpić o to, byśmy zmienili nasze działania. Jeżeli podejmiemy decyzję o tym, że dana usługa lub artykuł nie może zostać zatwierdzona(-y) lub jeżeli dana usługa zostanie ograniczona lub wstrzymana, prześlemy Panu/Pani „Powiadomienie o niekorzystnym rozstrzygnięciu". Takie pismo zawierać będzie następujące informacje:

- jakie działania zostały podjęte i z jakiej przyczyny;
- poinformowanie o Pana/Pani prawie do złożenia odwołania i sposób, w jaki można to zrobić;
- poinformowanie o Pana/Pani prawie do wystąpienia o rozpatrzenie sprawy przez funkcjonariusza ds. apelacji i sposób, w jaki można to zrobić;
- poinformowanie o przysługującym w niektórych przypadkach prawie do wystąpienia o rozpatrzenie odwołania w trybie przyspieszonym i sposób, w jaki można to zrobić;
- poinformowanie o Pana/Pani prawie do wystąpienia o dalsze korzystanie ze świadczeń podczas rozpatrywania odwołania oraz sposób, w jaki można to zrobić i sytuacja, w której można zostać obciążonym kosztami usług.

Może się Pan/Pani nie zgadzać się z decyzją lub działaniem podjętym przez CountyCare w odniesieniu do przedmiotowych usług lub innych kwestii. Odwołanie to sposób, w który można wystąpić o to, byśmy zmienili nasze działania. Może Pan/Pani odwołać się w ciągu **60 dni kalendarzowych** od daty widocznej w Powiadomieniu o niekorzystnym rozstrzygnięciu. Aby nadal korzystać z dotychczasowych usług w trakcie rozpatrywania odwołania, należy zgłosić taki wniosek podczas składania odwołania, a odwołanie należy złożyć w ciągu **10 dni kalendarzowych** od daty podanej w naszym Powiadomieniu o niekorzystnym rozstrzygnięciu. Poniżej zamieszczono przykłady sytuacji, w których pacjent mógłby złożyć odwołanie:

- brak zatwierdzenia lub pokrycia kosztów świadczenia lub artykułu, o które prosi świadczeniodawca;
- wstrzymanie świadczenia, które wcześniej było zatwierdzone;
- nieuzyskanie świadczenia lub artykułu w odpowiednim terminie;
- niepoinformowanie o prawie do swobodnego wyboru świadczeniodawców;
- brak zatwierdzenia danej usługi, ponieważ była udzielona poza siecią współpracujących świadczeniodawców.

Są dwa sposoby złożenia odwołania:

1. Kontakt telefoniczny z działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY). Składając odwołanie przez telefon, należy następnie przesłać podpisane odwołanie w formie pisemnej.
2. Pisemne odwołanie wysłane pocztą lub faksem na adres:

CountyCare Health Plan
P.O. Box 21153
Eagan, MN 55121
Numer telefonu: 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY)
Faks: 866-200-5031

Osobom nieznającym języka angielskiego zapewniamy możliwość skorzystania z usług tłumacza bez dodatkowych kosztów. Proszę uwzględnić prośbę o tłumacza, składając odwołanie. Osoby niesłyszące mogą połączyć się z centralą Illinois pod numerem 711.

Czy można uzyskać pomoc w procedurze odwołania?

Ma Pan/Pani do dyspozycji kilka opcji pomocy. Może Pan/Pani:

- poprosić kogoś znajomego o reprezentowanie. Może to być na przykład lekarz opieki podstawowej albo członek rodziny.
- wybrać, by reprezentował Pana/Panią prawnik;
- Jeżeli korzysta Pan/Pani z programu dla osób niepełnosprawnych, osób po urazie mózgu lub z HIV/AIDS, może Pan/Pani również zwrócić się o pomoc w ramach Programu pomocy dla klientów (Client Assistance Program, CAP) pod numerem 1-800-641-3929 (połączenie głosowe) lub 1-888-460-5111 (TTY).

Aby wyznaczyć przedstawiciela, należy:

1. wysłać do nas pismo informujące, że chce Pan/Pani być reprezentowanym/-ą przez inną osobę oraz zawrzeć w piśmie jej dane kontaktowe lub
2. wypełnić Formularz dla Upoważnionego przedstawiciela. Może Pan/Pani znaleźć ten formularz na naszej stronie http://www.countycare.com/Media/Default/pdf/2018/CountyCare_Authorized_Rep_Form_110218.pdf

Procedura odwołania

W ciągu trzech dni roboczych prześlemy do Pana/Pani pisemne potwierdzenie otrzymania odwołania. Jeżeli potrzebne będą dodatkowe informacje, powiadomimy o tym fakcie i poinformujemy, w jaki sposób należy nam je podać osobiście lub w formie pisemnej.

Odwołanie oceni świadczeniodawca tej samej lub podobnej specjalizacji, co leczący danego pacjenta świadczeniodawca. Nie będzie to ta sama osoba, która podjęła pierwotnie decyzję o odmowie, ograniczeniu lub wstrzymaniu danej usługi medycznej.

CountyCare prześle decyzję na piśmie w ciągu 15 dni roboczych od dnia otrzymania odwołania. CountyCare może wystąpić o przedłużenie terminu podjęcia decyzji o maksymalnie 14 dni kalendarzowych w sytuacji, gdy przed podjęciem decyzji konieczne będzie uzyskanie bardziej szczegółowych informacji. Może Pan/Pani również wystąpić o przedłużenie terminu, jeżeli potrzebuje Pan/Pani więcej czasu na zebranie dodatkowej dokumentacji na poparcie swojego odwołania.

Poinformujemy telefonicznie o podjętej decyzji, a ponadto prześlemy Panu/Pani i Pana/Pani upoważnionemu przedstawicielowi Powiadomienie o decyzji. Powiadomienie o decyzji będzie zawierać informacje na temat tego, jakie kroki podejmiemy i dlaczego.

Jeżeli decyzja CountyCare będzie zgodna z wcześniejszym Powiadomieniem o niekorzystnym rozstrzygnięciu, może Pan/Pani zostać obciążony(-a) kosztami usług, z których korzystał(a) Pan/Pani w trakcie rozpatrywania odwołania. Jeżeli decyzja CountyCare nie będzie zgodna z wcześniejszym Powiadomieniem niekorzystnym rozstrzygnięciu, zatwierdzimy możliwość korzystania z usług w trybie natychmiastowym.

Podczas procedury odwołania należy pamiętać o tym, że:

- W razie potrzeby w dowolnym momencie można przekazać nam więcej informacji dotyczących odwołania.
- Przysługuje Panu/Pani prawo do wglądu w dokumentację złożonego odwołania.
- Przysługuje Panu/Pani prawo do obecności podczas rozpatrywania przez CountyCare złożonego odwołania.

W jaki sposób przyspieszyć rozpatrzenie odwołania?

Jeżeli Pan/Pani lub Pana/Pani lekarz jest przekonany, że standardowy termin 15 dni roboczych na podjęcie decyzji w sprawie odwołania spowoduje poważne zagrożenie dla Pana/Pani życia lub zdrowia, może zwrócić się do nas, pisemnie lub telefonicznie, o rozpatrzenie odwołania w trybie pilnym. Jeżeli zdecyduje się Pan/Pani do nas napisać, w piśmie należy zawrzeć swoje imię i nazwisko, numer identyfikacyjny członka, datę podaną w Powiadomieniu o niekorzystnym rozstrzygnięciu, informacje dotyczące danego przypadku i powód występowania o rozpatrzenie odwołania w trybie przyspieszonym. W ciągu 24 godzin powiadomimy, czy potrzebne są dodatkowe informacje. Po dostarczeniu wszystkich informacji poinformujemy telefonicznie w ciągu 24 godzin o podjętej decyzji, a ponadto prześlemy Panu/Pani i Pana/Pani upoważnionemu przedstawicielowi Powiadomienie o decyzji.

W jaki sposób wycofać odwołanie?

Przysługuje Panu/Pani prawo do wycofania odwołania z dowolnego powodu i na dowolnym etapie procedury rozpatrywania odwołania.

Pan/Pani lub Pana/Pani upoważniony przedstawiciel musi jednak zgłosić to na piśmie, podając ten sam adres, co przy złożeniu odwołania. Wycofanie odwołania zakończy proces apelacyjny, a CountyCare nie podejmie żadnej decyzji w odniesieniu do odwołania.

CountyCare potwierdzi wycofanie odwołania, wysyłając powiadomienie do Pana/Pani lub Pana/Pani upoważnionego przedstawiciela. Aby uzyskać więcej informacji na temat wycofania odwołania, należy skontaktować się telefonicznie z CountyCare pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

Co się stanie w dalszej kolejności?

Po otrzymaniu pisemnego Powiadomienia o decyzji CountyCare dotyczącej odwołania nie trzeba podejmować żadnych działań, a sprawa odwołania zostanie zamknięta. Jednakże, jeżeli nie zgadza się Pan/Pani z decyzją podjęta po odwołaniu, można wystąpić o rozpatrzenie odwołania przez funkcjonariusza ds. apelacji i/lub poprosić o zewnętrzną weryfikację odwołania w ciągu **30 dni kalendarzowych** od otrzymania Powiadomienia o decyzji. Można wystąpić o rozpatrzenie odwołania zarówno przez funkcjonariusza ds. apelacji, jak i w drodze weryfikacji zewnętrznej albo można wybrać jedną z tych opcji.

Rozpatrzenie odwołania przez funkcjonariusza ds. apelacji

Jeżeli takie jest Pana/Pani życzenie, może Pan/Pani wystąpić o rozpatrzenie odwołania przez funkcjonariusza ds. apelacji w ciągu **120 dni kalendarzowych** od daty na Powiadomieniu o decyzji. Aby jednak nadal korzystać z dotychczasowych usług, należy wystąpić o rozpatrzenie odwołania przez funkcjonariusza ds. apelacji w ciągu **10 dni kalendarzowych** od daty na Powiadomieniu o decyzji. Jeżeli takie odwołanie nie zostanie rozpatrzone na Pana/Pani korzyść, może Pan/Pani zostać obciążony(-a) kosztami usług, z których korzystał(a) Pan/Pani w trakcie procesu rozpatrywania odwołania.

Na potrzeby rozpatrzenia sprawy przez funkcjonariusza ds. apelacji, podobnie jak w wypadku procedury rozpatrywania odwołania przez CountyCare, można wyznaczyć przedstawiciela, na przykład prawnika, krewnego lub znajomego, który będzie występował w Pana/Pani imieniu. Aby wyznaczyć osobę działającą w Pana/Pani imieniu należy wysłać do CountyCare pismo z informacją o wyborze danej osoby na przedstawiciela zawierające jej dane kontaktowe.

Można wystąpić o rozpatrzenie sprawy przez funkcjonariusza ds. apelacji na jeden z kilku sposobów:

- W lokalnym centrum pomocy środowiskowej można otrzymać formularz wniosku o rozpatrzenie sprawy przez funkcjonariusza ds. apelacji. Pracownicy centrum mogą też pomóc w wypełnieniu wniosku.
- Proszę odwiedzić stronę internetową https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals w celu utworzenia konta ABE ds. odwołań i złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez funkcjonariusza ds. apelacji on-line. Umożliwi to śledzenie odwołania i kierowanie nim on-line, uzyskanie informacji o ważnych terminach i powiadomieniach związanych

z rozpatrywaniem sprawy przez funkcjonariusza ds. apelacji oraz składanie dokumentacji.

- Aby złożyć wniosek o rozpatrzenie przez funkcjonariusza ds. apelacji odwołania dotyczącego usług lub akcesoriów medycznych bądź usług w ramach programu specjalnego dla osób starszych (programu opieki środowiskowej (Community Care Program, CCP), należy przesłać pisemny wniosek na adres:

Illinois Department of Health Care and Family Services
Bureau of Administrative Hearings
69 W. Washington Street, 4th Floor
Chicago, IL 60602
Faks: 312-793-2005
Email: HFS.FairHearings@illinois.gov

Może Pan/Pani również zadzwonić pod numer 855-418-4421, TTY: 800-526-5812.

- Aby złożyć wniosek o rozpatrzenie przez funkcjonariusza ds. apelacji odwołania dotyczącego usług w ramach programu specjalnego dla osób niepełnosprawnych, osób po urazie mózgu, osób z HIV/AIDS lub programu pomocy domowej (Home Services Program, HSP), należy przesłać pisemny wniosek na adres:

Illinois Department of Human Services
Bureau of Hearings
69 W. Washington Street, 4th Floor
Chicago, IL 60602
Faks: 312-793-8573
Email: DHS.HSPAppeals@illinois.gov

Proces rozpatrywania odwołania przez funkcjonariusza ds. apelacji

Przesłuchanie prowadzone będzie przez bezstronnego funkcjonariusza posiadającego uprawnienia państwowe do rozpatrywania spraw. Otrzyma Pan/Pani od danego bezstronnego funkcjonariusza pismo z informacją o dacie, godzinie i miejscu rozprawy. W piśmie będą też podane informacje na temat rozprawy. Należy przeczytać je uważnie. Po założeniu konta na stronie internetowej https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals, można uzyskać dostęp do wszystkich pism związanych z procesem rozpatrywania odwołania przez funkcjonariusza ds. apelacji przez konto ABE ds. odwołań. Można także pobrać dokumenty i zapoznać się z procedurami.

Na co najmniej trzy dni robocze przed rozprawą otrzyma Pan/Pani informacje od CountyCare. Będą one zawierać wszystkie dowody, które zostaną przedstawione podczas rozprawy. Zostaną one również przesłane bezstronnemu funkcjonariuszowi. Na co najmniej trzy dni robocze przed rozprawą musi Pan/Pani przesłać CountyCare i bezstronnemu funkcjonariuszowi wszystkie dowody, które będzie Pan/Pani przedstawiać podczas rozprawy. Obejmuje to listę świadków, którzy zostaną powołani przez Pana/Panią oraz całą dokumentację przedstawianą na poparcie swojego odwołania.

Należy poinformować odpowiedniego bezstronnego funkcjonariusza o ewentualnych niezbędnych udogodnieniach. Rozprawa może zostać przeprowadzona telefonicznie. We wniosku o rozpatrzenie sprawy przez funkcjonariusza ds. apelacji należy podać numer telefonu najbardziej aktualny w standardowych godzinach pracy. Rozprawa może być nagrywana.

Odroczenie

Można wystąpić z wnioskiem o odroczenie przed rozprawą lub w jej trakcie. Taki wniosek może zostać zaakceptowany, jeżeli istnieje ku temu istotny powód. Jeżeli bezstronny funkcjonariusz wyrazi na to zgodę, Pan/Pani i wszystkie inne strony postępowania apelacyjnego zostaną powiadomione na piśmie o nowej dacie, godzinie i miejscu rozprawy. Limit czasowy na przeprowadzenie procedury odwołania zostanie przedłużony o czas trwania okresu odroczenia.

Niestawiennictwo na rozprawie

Odwołanie zostanie odrzucone, jeżeli Pan/Pani lub Pana/Pani upoważniony przedstawiciel nie stawi się na rozprawie w dniu, o godzinie i w miejscu podanych w zawiadomieniu w sytuacji, gdy nie wystąpił(a) Pan/Pani na piśmie o odroczenie rozprawy.

W wypadku rozprawy telefonicznej odwołanie zostanie odrzucone, jeżeli nie odbierze Pan/Pani telefonu w wyznaczonym czasie. Do wszystkich stron procesu odwołania przesłane zostanie powiadomienie o odrzuceniu apelacji.

Rozprawa może zostać przeniesiona na inny termin, jeżeli w ciągu **10 dni kalendarzowych** od dnia otrzymania powiadomienia o odrzuceniu apelacji poinformuje nas Pan/Pani, że powodem niestawiennictwa była:

- śmierć członka rodziny;
- uraz lub choroba, które w uzasadniony sposób uniemożliwiły stawiennictwo;
- nagły i nieoczekiwany przypadek.

Jeżeli rozprawa zostanie przeniesiona na inny termin, bezstronny funkcjonariusz prześle Panu/Pani lub Pana/Pani upoważnionemu przedstawicielowi pismo z terminem

nowej rozprawy, a kopię tego pisma otrzymają wszystkie strony postępowania apelacyjnego.

Jeżeli prośba o wyznaczenie innego terminu zostanie odrzucona, otrzyma Pan/Pani pocztą pismo z informacją o odrzuceniu takiej prośby.

Decyzja funkcjonariusza ds. apelacji

Ostateczna decyzja administracyjna zostanie przesłana pacjentowi i wszystkim zainteresowanym stronom na piśmie przez odpowiednie Biuro rozpraw. Decyzja będzie także dostępna on-line przez konto ABE ds. odwołań pacjenta. Od Ostatecznej decyzji administracyjnej można się odwołać wyłącznie do Sądu Okręgowego stanu Illinois. Sąd okręgowy może wyznaczyć termin rozprawy w sprawie takiej decyzji po upływie zaledwie 35 dni od daty takiego pisma. W razie pytań proszę skontaktować się telefonicznie z funkcjonariuszem ds. apelacji.

Weryfikacja zewnętrzna (wyłącznie w przypadku usług medycznych)

W ciągu **30 dni kalendarzowych** od daty na Powiadomieniu o decyzji CountyCare dotyczącej odwołania można wystąpić o ocenę decyzji przez osobę spoza CountyCare.

Nazywa się to **„weryfikacją zewnętrzną"**. Weryfikator zewnętrzny musi spełniać następujące wymagania:

- Posiadający świadectwo kwalifikacji świadczeniodawca tej samej lub podobnej specjalizacji, co leczący Pana/Panią świadczeniodawca
- Prowadzenie aktualnie praktyki
- Brak powiązań finansowych z decyzją
- Nie zna i nie będzie znać Pana/Pani tożsamości w trakcie oceny

Weryfikacja zewnętrzna nie jest dostępna w wypadku odwołań dotyczących usług świadczonych w ramach programu specjalnego dla osób starszych, osób niepełnosprawnych, osób po urazie mózgu, osób z HIV/AIDS lub osób korzystających z ośrodków mieszkalnych zapewniających usługi wsparcia.

W piśmie należy zawrzeć prośbę o weryfikację zewnętrzną danego działania i należy przesłać je na adres:

CountyCare Health Plan
P.O. Box 21153
Eagan, MN 55121
Numer telefonu: 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY)
Faks: 866-200-5031

Co się stanie w dalszej kolejności?

- Prośba zostanie poddana ocenie pod kątem tego, czy kwalifikuje się do weryfikacji zewnętrznej. Mamy na to pięć dni roboczych. Prześlemy Panu/Pani pismo z powiadomieniem, czy prośba spełnia takie wymagania. Jeżeli Pana/Pani prośba spełnia takie wymagania, w piśmie podane będzie imię i nazwisko weryfikatora zewnętrznego.
- Ma Pan/Pani pięć dni roboczych od daty podanej na wysłanym przez CountyCare piśmie na to, aby przesłać wszelkie dodatkowe informacje dotyczące danego wniosku weryfikatorowi zewnętrznemu.

Weryfikator zewnętrzny poinformuje Pana/Panią i/lub Pana/Pani przedstawiciela oraz CountyCare o swojej decyzji na piśmie w terminie pięciu dni kalendarzowych od otrzymania wszystkich informacji niezbędnych do przeprowadzenia weryfikacji.

Weryfikacja zewnętrzna w trybie przyspieszonym

Jeżeli standardowy termin weryfikacji zewnętrznej może spowodować poważne zagrożenie dla Pana/Pani życia lub zdrowia, może Pan/Pani osobiście lub za pośrednictwem przedstawiciela wystąpić o **weryfikację zewnętrzną w trybie przyspieszonym**. Można złożyć taki wniosek telefonicznie lub na piśmie. Aby telefonicznie zgłosić wniosek o weryfikację zewnętrzną w trybie przyspieszonym, należy skontaktować się z działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY). Aby złożyć wniosek w formie pisemnej, należy wysłać pismo na podany poniżej adres. Wniosek o weryfikację zewnętrzną danej sprawy można złożyć tylko jeden raz. W piśmie należy zawrzeć prośbę o weryfikację zewnętrzną danego działania.

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

Co się stanie w dalszej kolejności?

- Po otrzymaniu zgłoszenia telefonicznego lub pisma z wnioskiem o weryfikację zewnętrzną w trybie przyspieszonym prośba zostanie poddana ocenie pod kątem tego, czy kwalifikuje się do weryfikacji zewnętrznej w trybie przyspieszonym. Jeżeli tak, skontaktujemy się z Panem/Panią lub Pana/Pani przedstawicielem, aby podać imię i nazwisko weryfikatora.

- Prześlemy również weryfikatorowi zewnętrznemu niezbędne informacje, by mógł rozpocząć proces weryfikacji.
- Weryfikator zewnętrzny podejmie decyzję w sprawie zgłoszonego wniosku tak szybko, jak wymaga tego stan Pana/Pani zdrowia, nie później jednak niż w ciągu dwóch dni roboczych od otrzymania wszystkich niezbędnych informacji. Weryfikator zewnętrzny poinformuje ustnie Pana/Panią i/lub Pana/Pani przedstawiciela oraz CountyCare o swojej decyzji. Następnie weryfikator zewnętrzny prześle do Pana/Pani i/lub Pana/Pani przedstawiciela oraz CountyCare pismo ze swoją decyzją w ciągu 48 godzin.

PRAWA I OBOWIĄZKI

Jesteśmy zobowiązani do honorowania Pana/Pani praw jako członka CountyCare i nie mamy prawa ukarać Pana/Pani za upominanie się o swoje prawa.

Prawa członka:

- prawo do bycia traktowanym z szacunkiem i poszanowaniem godności w każdej sytuacji;
- prawo do zachowania poufności danych medycznych i dokumentacji medycznej, z wyjątkiem przypadków dozwolonych przez prawo;
- prawo do ochrony przed dyskryminacją;
- prawo do niepodlegania wszelkim formom ubezwłasnowolnienia lub izolacji służącym wymuszeniu, utrzymaniu kontroli lub podejmowaniu działań odwetowych;
- prawo do uzyskania informacji od CountyCare, takich jak Podręcznik dla członków, w innym języku, w postaci nagrania, w wersji napisanej dużymi literami lub alfabetem Braille'a;
- prawo do uzyskania pomocy tłumacza w razie potrzeby;
- prawo do szczerej rozmowy ze świadczeniodawcą o odpowiednich lub niezbędnych medycznie opcjach leczenia chorób, niezależnie od kosztów lub korzyści objętych programem;
- prawo do uzyskania informacji o dostępnych możliwościach i alternatywach leczenia. Obejmuje to prawo do poproszenia o opinię innej osoby. Świadczeniodawcy muszą wyjaśnić możliwości leczenia w sposób zrozumiały dla pacjenta.
- prawo do otrzymywania informacji niezbędnych do zaangażowania w podejmowanie decyzji dotyczących leczenia i dokonywania wyborów;
- prawo do odmowy leczenia i bycia poinformowanym o tym, jakie to będzie miało skutki zdrowotne;
- prawo do otrzymania kopii dokumentacji medycznej i w niektórych przypadkach zażądania jej zmiany lub poprawienia;
- prawo do wyboru świadczeniodawcy opieki podstawowej w ramach CountyCare. W dowolnym momencie może Pan/Pani zmienić świadczeniodawcę opieki podstawowej.
- prawo do złożenia zażalenia (zwanego też skargą) lub odwołania na CountyCare lub dotyczących uzyskanej opieki bez obawy o utratę możliwości odpowiedniego leczenia lub innej negatywnej reakcji;
- prawo do odwołania się od decyzji podjętej przez CountyCare telefonicznie lub w formie pisemnej;
- prawo do obecności tłumacza podczas procedury rozpatrywania skargi lub odwołania;
- prawo do wystąpienia o uzyskanie informacji dotyczących planu opieki zdrowotnej CountyCare, świadczeniodawców, usług i zasad postępowania i uzyskanie tych informacji w uzasadnionym czasie;
- prawo do uzyskania informacji o zasadach dotyczących praw i obowiązków członków CountyCare. Ma Pan/Pani także prawo do zasugerowania zmian tych zasad.
- prawo do uzyskania świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej w sposób zgodny z federalnym i stanowym prawem. CountyCare musi pokryć świadczenia dostępne dla Pana/Pani. Usługi muszą być dostępne przez 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu.

Obowiązki pacjentów to:

- traktować lekarza i urzędników uprzejmie i z szacunkiem;
- okazywać kartę identyfikacyjną CountyCare podczas wizyty u lekarza i w aptece po odbiór leków;
- zgłaszać się na umówione wizyty w ustalonym czasie;
- w razie braku możliwości stawienia się na wizytę, należy ją odwołać;
- przekazywać jak najwięcej informacji, aby CountyCare i jego świadczeniodawcy mogli zapewnić Panu/Pani najlepszą możliwą opiekę;
- znać swoje problemy zdrowotne i brać udział w podejmowaniu decyzji odnośnie celów leczenia w możliwie największym zakresie;
- przestrzegać zaleceń i planu leczenia uzgodnionego przez lekarza i pacjenta;

- informować CountyCare i Pana/Pani koordynatora opieki o zmianach adresu i numeru telefonu;
- poinformować CountyCare i Pana/Pani koordynatora opieki o innym posiadanym ubezpieczeniu i stosować się do tych wytycznych;
- przeczytać Podręcznik członka, aby wiedzieć, jakie świadczenia są pokrywane i czy istnieją jakieś specjalne zasady.

Kwalifikacje świadczeniodawców i programy wynagradzania lekarzy

Ma Pan/Pani prawo do informacji o współpracujących z nami świadczeniodawców. Takie informacje w odniesieniu do świadczeniodawcy obejmują:

- wykształcenie,
- świadectwo kwalifikacji,
- odnowienie świadectwa kwalifikacji.

Przysługuje Panu/Pani prawo do uzyskania informacji na temat ewentualnych specjalnych umów finansowych z lekarzami, które mogą mieć wpływ na wydawanie skierowań i korzystanie z innych potrzebnych usług. Aby uzyskać takie informacje, należy skontaktować się z nami telefonicznie.

WYŁUDZENIE, WYKORZYSTANIE I ZANIEDBANIE

Wyłudzenie, wykorzystanie i zaniedbanie są zdarzeniami, które należy zgłaszać.

Wyłudzenie ma miejsce, kiedy osoba uzyskuje korzyści lub wynagrodzenie, do których nie jest uprawniona. Niektórymi innymi przykładami wyłudzenia są:

- użycie karty identyfikacyjnej innej osoby lub udostępnienie swojej karty innej osobie w celu jej użycia;
- wystawianie przez świadczeniodawcę rachunków za usługi, które nie zostały wyświadczone.

Do wykorzystania dochodzi w przypadku wyrządzenia fizycznej lub psychicznej krzywdy lub szkody innej osobie. Przykładami wykorzystania są:

- znęcanie się fizyczne prowadzące do poszkodowania w wyniku uderzenia, pobicia, popchnięcia lub grożenia bronią;
- znęcanie się psychiczne polegające na groźbach słownych, wpływaniu na kontakty towarzyskie lub izolowaniu;
- nadużycie finansowe polegające na używaniu pieniędzy, czeków osobistych lub kart kredytowych bez pozwolenia danej osoby;
- wykorzystywanie seksualne polegające na nieodpowiednim dotykaniu innej osoby bez jej zgody.

Do zaniedbania dochodzi, kiedy osoba zostaje pozbawiona niezbędnych do życia środków, takich jak pożywienie, ubranie, schronienie lub opieka medyczna.

Co mogę zrobić?

Jeżeli uzna Pan/Pani, że jest ofiarą, jest przez kogoś wykorzystywany(-a) lub krzywdzony(-a), należy to niezwłocznie zgłosić. Wszystkie informacje traktowane będą w sposób poufny.

Wyłudzenie, wykorzystanie i zaniedbanie można zgłaszać na wiele sposobów:

Linia dedykowana ds. wyłudzeń i nadużyć CountyCare	844-509-4669
Obsługa klienta CountyCare – Telefon zaufania	312-864-8200 855-444-1661 711 (TDD/TTY)
Infolinia dot. oszustw w zakresie HFS Medicaid/ Welfare – Telefon zaufania	844-453-7283 844-ILFRAUD
Biuro Inspektora Generalnego DHSI	800-368-1463
Wydział ds. Seniorów stanu Illinois	866-800-1409 888-206-1327 (TTY)
Linia pomocy dla seniorów	800-252-8966 888-206-1327 (TTY)
Wydział Zdrowia Publicznego stanu Illinois	800-252-4343
Wydział usług na rzecz dzieci i rodzin	800-25-ABUSE 800-252-2873

DEFINICJE

Odwołanie oznacza prośbę o ponowne rozpatrzenie planu opieki medycznej pacjenta i podjęcie decyzji.

Współpłacenie oznacza ustaloną kwotę (na przykład 15 USD), którą pacjent ma dopłacić za przysługujące mu w ramach programu świadczenie zdrowotne, zazwyczaj, kiedy jest mu udzielane. Kwoty mogą być różne w zależności od rodzaju świadczenia zdrowotnego.

Trwały sprzęt medyczny oznacza sprzęt i wyposażenie zamawiane przez świadczeniodawcę opieki zdrowotnej do codziennego lub przedłużonego używania.

Nagły stan medyczny oznacza chorobę, uraz, objaw lub stan na tyle poważny, że dana osoba powinna niezwłocznie zgłosić się po pomoc, aby uniknąć ciężkiego uszkodzenia.

Służby ratunkowe dokonują oceny nagłego stanu medycznego i leczenia, aby nie dopuścić do pogorszenia się stanu.

Wyłączone świadczenia to świadczenia nieobjęte ubezpieczeniem lub planem opieki zdrowotnej.

Zażalenie oznacza skargę zgłaszaną przez pacjent odnośnie planu opieki zdrowotnej.

Usługi i sprzęt w ramach rehabilitacji wyrównawczej to świadczenia pomagające pacjentowi w utrzymaniu, nauczeniu się lub poprawie umiejętności i funkcjonowania w codziennym życiu. Przykładami są terapia dziecka nieumiejącego chodzić lub mówić w oczekiwanym wieku. Te usługi mogą obejmować fizykoterapię i terapię zajęciową, terapię zaburzeń mowy lub inne świadczenia dla osób niepełnosprawnych w różnych placówkach szpitalnych i ambulatoryjnych.

Opieka zdrowotna w domu to usługi opieki zdrowotnej świadczone w domu pacjenta.

Opieka hospicyjna oznacza zapewnienie komfortu i wsparcia osobom w ostatnich stadiach terminalnej choroby oraz ich rodzinom.

Hospitalizacja oznacza opiekę w szpitalu wymagającą przyjęcia do szpitala i zazwyczaj pozostania w nim na noc. Pozostanie na noc w celu obserwacji może odbyć się w ramach opieki ambulatoryjnej.

Ambulatoryjna opieka szpitalna oznacza opiekę w szpitalu zazwyczaj bez konieczności pozostania w nim na noc.

Niezbędne medycznie oznacza usługi lub przedmioty z zakresu opieki zdrowotnej potrzebne

do zapobiegania, rozpoznawania lub leczenia choroby, urazu, stanu, schorzenia lub ich objawów spełniające zatwierdzone standardy medyczne.

Poza siecią oznacza usługi dostawców poza siecią zakontraktowaną w ramach planu. W niektórych przypadkach koszt za usługę poza siecią ponoszony przez osobę ubezpieczoną może być wyższy.

Wcześniejsze zatwierdzenie oznacza decyzję ubezpieczyciela zdrowotnego lub zgodnie z planem opieki zdrowotnej, że usługa medyczna, plan leczenia, przepisany lek lub trwały sprzęt medyczny są niezbędne z medycznego punktu widzenia. W niektórych przypadkach nazywa się to wcześniejszą autoryzacją, wcześniejszą akceptacją lub wcześniejszym poświadczeniem. Zgodnie z Pana/Pani ubezpieczeniem zdrowotnym lub programem może być wymagane wcześniejsze zatwierdzenie określonych usług, zanim zostaną one wykonane, z wyjątkiem stanów nagłych. Wcześniejsze zatwierdzenie nie oznacza obietnicy, że Pana/Pani ubezpieczenie zdrowotne lub plan pokryje koszt usługi.

Refundacja leków na receptę oznacza ubezpieczenie lub program opieki zdrowotnej pomagający w opłatach za leki wydawane na podstawie przepisania ich przez lekarza.

Świadczeniodawca opieki podstawowej to lekarz (lekarz medycyny lub lekarz medycyny osteopatycznej), praktykująca pielęgniarka lub asystent lekarza, zgodnie z prawem stanowym, zapewniający, koordynujący lub pomagający pacjentowi w dostępie do usług z zakresu opieki zdrowotnej.

Usługi i sprzęt w ramach rehabilitacji to usługi pomagające pacjentowi w utrzymaniu, przywróceniu lub poprawie umiejętności i funkcjonowania w codziennym życiu w przypadku utraty tych umiejętności lub upośledzenia w wyniku choroby, urazu lub niepełnosprawności. Te usługi mogą obejmować fizykoterapię i terapię zajęciową, terapię zaburzeń mowy i usługi z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej w różnych placówkach szpitalnych i ambulatoryjnych.

Specjalistyczna opieka pielęgniarska oznacza usługi pielęgniarskie zapewniane w zakresie podanym w Ustawie o praktykach pielęgniarskich w stanie Illinois (Nurse Practice Act, 225 ILCS 65/50-1 et seq.) przez zarejestrowane pielęgniarki lub dyplomowane pielęgniarki uprawnione do pracy na terenie stanu.

Specjalista to lekarz zajmujący się określoną dziedziną medycyny lub grupą pacjentów w celu rozpoznawania, prowadzenia, zapobiegania lub leczenia określonych rodzajów objawów i schorzeń.

Opieka w pilnym przypadku to opieka w przypadku choroby, urazu lub stanu poważnego na tyle, że dana osoba poszukuje natychmiastowej pomocy, ale nie na tyle, żeby wymagało to zgłoszenia się na izbę przyjęć pogotowia ratunkowego.

OŚWIADCZENIA

Oświadczenie o niedyskryminacji

Dyskryminacja jest niezgodna z prawem. CountyCare przestrzega obowiązujących przepisów federalnych w zakresie praw obywatelskich i nie dyskryminuje ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wiek, niepełnosprawność lub płeć. CountyCare nie wyklucza ludzi ani nie traktuje ich w różny sposób z powodu rasy, koloru skóry, narodowości, wieku, niepełnosprawności bądź płci.

CountyCare:

- Zapewnia bezpłatne wsparcie i usługi dla osób z niepełnosprawnością stwarzającą bariery komunikacyjne, takie jak:
  - pomoc tłumacza języka migowego;
  - dostępność informacji w innych formatach (duże litery, nagrania, dostępne formy elektroniczne, inne).
- Zapewnia bezpłatne usługi językowe dla osób, dla których język angielski nie jest językiem podstawowym, takie jak:
  - pomoc wykwalifikowanych tłumaczy;
  - dostępność informacji w innych językach

Osoby potrzebujące takich usług proszone są o kontakt z **działem obsługi klienta** w CountyCare: tel. 312-864-8200/ 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

W przypadku uznania, że CountyCare nie zapewnia tego rodzaju usług lub poczucia bycia dyskryminowanym w inny sposób, ze względu na rasę, kolor skóry, narodowość, wiek, niepełnosprawność lub płeć można wnieść skargę do:

CountyCare Health Plan
Do wiadomości: Compliance
300 S Riverside Plaza, 4th Floor
Chicago, Illinois 60606
Faks: 312-548-9940

Skargę można złożyć osobiście, pocztą elektroniczną, pocztą zwykłą, faksem lub przez naszą stronę internetową. W przypadku potrzeby pomocy w złożeniu skargi należy zwrócić się do koordynatora ds. skarg i odwołań w CountyCare.

Może Pan/Pani także złożyć zażalenie dotyczące złamania praw obywatelskich do Urzędu Praw Obywatelskich przy amerykańskim Departamencie Zdrowia i Opieki Społecznej (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) drogą elektroniczną przez portal do składania skarg Urzędu Praw Obywatelskich pod adresem: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf lub wysłać wiadomość e-mail bądź zadzwonić do:

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)
Formularze zażalenia dostępne są na stronie internetowej https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html

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

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

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

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

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

Język tagalski:
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 / 711

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

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

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

Język urdyjski
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال 312-864-8200 / 855-444-1661 (TTY: 711).

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

Język włoski
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 (TTY: 711).

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

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

Język grecki
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 312-864-8200 / 855-444-1661 (TTY: 711).

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

POWIADOMIENIE COUNTYCARE DOTYCZĄCE ZASAD ZACHOWANIA POUFNOŚC

W tym powiadomieniu przedstawiono sposób wykorzystywania i udostępniania danych medycznych w ramach planu opieki zdrowotnej. Opisano także, w jaki sposób można uzyskać dostęp do własnych danych medycznych. Proszę uważnie zapoznać się z jego treścią.

Co zawiera ten dokument?

Ten dokument zatytułowany Powiadomienie dotyczące zasad zachowania poufności informuje Pana/Panią, w jaki sposób CountyCare może wykorzystywać i udostępniać Pana/Pani dane medyczne. Dane medyczne muszą być traktowane poufnie i przechowywane w bezpieczny sposób. Zostanie Pan/Pani poinformowany(-a), jeżeli dojdzie do wykroczenia naruszającego poufność lub bezpieczeństwo Pana/Pani danych. W dokumencie wyjaśniono także, w jaki sposób można uzyskać dostęp do własnych danych medycznych.

Co to są dane medyczne?

Określenie „dane medyczne" oznacza wszelkie dane umożliwiające Pana/Pani identyfikację. Są to Pana/Pani imię i nazwisko, data urodzenia, dane dotyczące uzyskanej opieki zdrowotnej lub opłat za opiekę.

Dlaczego otrzymuję ten dokument?

Jesteśmy prawnie zobowiązani do przekazania Panu/Pani tego powiadomienia. Musimy przestrzegać zasad w nim podanych. Nie będziemy wykorzystywać ani udostępniać Pana/Pani danych w sposób inny niż opisano w dokumencie bez uzyskania Pana/Pani pozwolenia na piśmie. Raz udzieloną zgodę na udostępnienie danych można odwołać w dowolnym czasie. O zmianie decyzji należy poinformować na piśmie.

Kto przestrzega tych zasad?

Wszyscy pracownicy, świadczeniodawcy, konsultanci, dostawcy, wolontariusze oraz inni pracownicy służby zdrowia i organizacje współpracujące z CountyCare postępują zgodnie z tymi zasadami.

W jaki sposób mogą być wykorzystywane i udostępniane dane medyczne?

W celu prowadzenia leczenia. Będziemy wykorzystywać i udostępniać Pana/Pani dane medyczne, aby zorganizować Pana/Pani opiekę zdrowotną.

> **Na przykład:** lekarz przesyła nam informacje dotyczące rozpoznania i planu Pana/Pani leczenia, abyśmy mogli zorganizować dodatkowe świadczenia.

> **Na przykład:** możemy udostępnić Pana/Pani dane medyczne agencji usługowej zajmującej się organizacją świadczeń opieki zdrowotnej w celu wsparcia Pana/Pani w domu.

W celu działań w ramach opieki zdrowotnej. Będziemy wykorzystywać i udostępniać Pana/Pani dane medyczne, aby móc wypełnić swoje obowiązki. W koniecznych przypadkach możemy się z Panem/Panią kontaktować. Nie wolno nam wykorzystywać danych genetycznych w celu pojęcia decyzji, czy obejmiemy Pana/Panią ubezpieczeniem i jaką opłatę pobierzemy.

> **Na przykład:** dane medyczne do opracowania lepszych usług dla Pana/Pani lub zapewnienia dobrego poziomu świadczonych usług.

> **Na przykład:** przedstawiamy informacje związane z Pana/Pani danymi medycznymi władzom stanowym w celu ukazania, jak realizujemy nasz kontrakt.

W celu zapłaty za świadczenia zdrowotne uzyskane przez Pana/Panią. Będziemy wykorzystywać i udostępniać dane medyczne podczas dokonywania opłat za Pana/Pani świadczenia zdrowotne.

> **Na przykład:** udostępniamy Pana/Pani dane wraz z planem zleconej terapii w celu koordynacji opłat za wystawione recepty.

W celu realizacji planu Pana/Pani opieki zdrowotnej. Możemy udostępniać Pana/Pani dane medyczne innym firmom w celu zarządzania Pana/Pani planem opieki zdrowotnej.

> **Na przykład:** udostępniamy Pana/Pani dane firmie transportowej w celu zapewnienia Panu/Pani dotarcia na ważną wizytę.

Dla naszych partnerów. Możemy udostępnić Pana/Pani dane medyczne innej firmie, nazywanej partnerem, którą wynajmujemy do świadczenia usługi na Pana/Pani rzecz. Pana/Pani dane udostępnimy wyłącznie w przypadku, jeśli partner zgodzi się na zachowanie ich poufności i bezpieczeństwa.

Sposoby wykorzystywania i udostępniania danych medycznych za Pana/Pani zgodą

Może Pan/Pani określić sposób udostępniania swoich danych w sytuacjach opisanych poniżej. Będziemy postępować zgodnie z Pana/Pani wolą, którą nam Pan/Pani przekaże.

Jeżeli nie będzie Pan/Pani w stanie wyrazić swojej woli, będziemy mogli kontynuować działania i udostępnić Pana/Pani dane, jeżeli uznamy, że leży to w Pana/Pani najlepszym interesie.

Osobom zaangażowanym w opłacanie Pana/Pani świadczeń. Możemy udostępniać Pana/Pani dane medyczne członkom Pana/Pani rodziny, znajomym lub innym osobom zaangażowanym w opiekę zdrowotną nad Panem/Panią lub pomagającym w jej opłaceniu. Ma Pan/Pani prawo zażądać, aby nie przekazywać danych określonym osobom, ale musi nas Pan/Pani o tym poinformować.

W celu udostępniania informacji na temat świadczeń mających związek ze stanem zdrowia, usług oraz alternatywnych metod leczenia. Możemy Pana/Panią informować o usługach zdrowotnych, produktach, możliwych terapiach lub alternatywnych terapiach dostępnych dla Pana/Pani. Nie możemy sprzedać Pana/Pani danych medycznych bez Pana/Pani pisemnej zgody.

Wrażliwe dane. Niektóre dane medyczne są bardzo wrażliwe. Prawo może nakazywać nam uzyskanie Pana/Pani pisemnej zgody na ich udostępnienie. Wrażliwe dane medyczne mogą obejmować wynik badań genetycznych, badań w kierunku HIV/AIDS, rozpoznawania lub leczenia, chorób psychicznych, nadużywania alkoholu i substancji, napaści na tle seksualnym lub zapłodnienia in-vitro. Wymagana jest również Pana/Pani zgoda na wykorzystywanie i udostępnianie zapisów z psychoterapii.

Wykorzystywanie Pana/Pani danych do działań marketingowych. Nie możemy wykorzystywać ani udostępniać danych medycznych do celów marketingowych bez Pana/Pani pisemnej zgody.

Sprzedaż Pana/Pani danych. Nie możemy sprzedać Pana/Pani danych medycznych bez Pana/Pani pisemnej zgody.

W jaki sposób muszą być udostępniane dane medyczne?

Musimy także udostępniać Pana/Pani dane w sytuacjach, kiedy celem tego jest dobro lub bezpieczeństwo społeczeństwa. Musimy spełnić wiele warunków prawnych zanim przekażemy Pana/Pani dane w tych celach.

Badania naukowe. Możemy wykorzystać lub udostępnić Pana/Pani dane do badań naukowych dotyczących zdrowia.

Zdrowie i bezpieczeństwo publiczne. Możemy udostępniać Pana/Pani dane medyczne z przyczyn zdrowia i bezpieczeństwa publicznego. Na przykład:

- w celu zapobiegania chorobie lub jej opanowaniu;
- w celu zgłoszenia informacji o szkodliwych produktach;
- w celu zgłoszenia działania niepożądanego leku;
- w celu poinformowania Pana/Pani o możliwości narażenia na chorobę lub o zagrożeniu zachorowaniem lub rozprzestrzenieniem choroby lub stanu; oraz
- w celu poinformowania pracodawcy w określonych ograniczonych przypadkach.

Wykorzystanie i zaniedbanie Możemy udostępnić Pana/Pani dane w celu zgłoszenia podejrzenia wykorzystywania, zaniedbania lub przemocy domowej agencjom stanowym i federalnym. Zostanie Pan/Pani prawdopodobnie zawiadomiony, że przekazujemy te dane tym agencjom.

Pomoc w przypadku klęski żywiołowej. Pana/Pani dane medyczne mogą zostać udostępnione w sytuacji klęski żywiołowej.

Zapobieganie poważnemu zagrożeniu bezpieczeństwa. Możemy wykorzystywać i udostępniać Pana/Pani dane medyczne w celu zapobiegnięcia lub ograniczenia poważnego zagrożenia dla Pana/Pani zdrowia i bezpieczeństwa lub zdrowia i bezpieczeństwa innych osób.

Na mocy prawa. Musimy udostępnić Pana/Pani dane medyczne w przypadkach wymaganych przez prawo stanowe lub federalne.

W ramach postępowania prawnego. Możemy udostępnić Pana/Pani dane medyczne w odpowiedzi na nakaz sądu lub wezwanie do sądu. Przekażemy wyłącznie dane żądane w nakazie. Jeżeli otrzymamy jakikolwiek inny wniosek prawny, możemy przekazać Pana/Pani dane medyczne, jeżeli zostaniemy poinformowani, że Pan/Pani o tym wie i nie wyraża sprzeciwu.

Z obowiązku prawnego. Musimy przekazać Pana/Pani dane medyczne, kiedy nakazuje nam prawo lub w trakcie procesu sądowego, w następujących sytuacjach:

- w celu identyfikacji lub znalezienia miejsca pobytu podejrzanego, zbiega, istotnego świadka lub osoby zaginionej;

- w celu uzyskania informacji o prawdziwej lub podejrzewanej ofierze zbrodni;

Możemy także przekazać informacje na mocy prawa, jeżeli uważamy, że doszło do zgonu w wyniku przestępstwa lub w celu zgłoszenia przestępstwa dotyczącego naszej własności lub w nagłym wypadku.

Podczas dochodzenia. Udostępnimy Pana/Pani dane sekretariatowi Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej, jeżeli o to wystąpi w ramach dochodzenia w sprawie naruszenia prywatności.

Określone czynności rządowe. Możemy udostępnić Pana/Pani dane medyczne:

- upoważnionym urzędnikom państwowym;
- wojsku;
- do celów działań dotyczących bezpieczeństwa prowadzonych przez wywiad, kontrwywiad i innych;
- w celu ochrony prezydenta.

Koronerzy, lekarze medycyny sądowej, właściciele zakładów pogrzebowych. Możemy udostępnić Pana/Pani dane medyczne koronerowi lub lekarzowi medycyny sądowej w celu identyfikacji zmarłej osoby lub znalezienia przyczyny zgonu. Możemy także przekazać Pana/Pani dane medyczne właścicielom zakładu pogrzebowego, w przypadkach, kiedy jest to potrzebne do wykonania ich czynności.

Działania w ramach nadzoru nad zdrowiem. Określone agencje ds. zdrowia są upoważnione do kontrolowania systemów opieki zdrowotnej i programów rządowych oraz pilnowania przestrzegania praw obywatelskich. Możemy udostępnić Pana/Pani dane tym agencjom w tych celach.

Dawstwo narządów i tkanek. W przypadku dawcy narządu możemy przekazać dane medyczne organizacjom upoważnionym do uzyskiwania, transportowania i przeszczepiania narządu, oka lub tkanki.

Rekompensata udzielana pracownikom. Możemy udostępniać dane medyczne agencjom lub osobom sprawdzającym prawa pracownika do rekompensaty lub innych podobnych programów.

Pana/Pani prawa dotyczące Pana/Pani danych medycznych

Prawo do wystąpienie o ograniczenia. Ma Pana/Pani prawo do wystąpienia o ograniczenie stosowanych przez nas sposobów wykorzystywania i udostępniania Pana/Pani danych medycznych do celów leczenia, opłat oraz działań w zakresie opieki zdrowotnej. Nie musimy się na to zgodzić, jeżeli będzie to mieć negatywny wpływ na Pana/Pani opiekę.

Wniosek należy przedstawić na piśmie i należy go podpisać oraz opatrzyć datą. Należy opisać dane, które chce Pan/Pani ograniczyć i poinformować nas, komu ich nie przekazywać. Pisemny wniosek należy złożyć do Office of Corporate Compliance, 1950 W. Polk, Suite 9217, Chicago, IL 60612. Zostanie Pan/Pani poinformowany(-a) o zgodzie lub braku akcentacji. W przypadku wyrażenia zgody będziemy postępować zgodnie z wnioskiem, z wyjątkiem, kiedy dane będą konieczne do Pana/Pani leczenia w nagłym wypadku.

Prawo do uzyskania kopii dokumentacji dotyczącej zdrowia i skarg Ma Pan/Pani prawo do przeczytania i uzyskania kopii dokumentacji dotyczącej zdrowia i skarg. Aby zobaczyć i uzyskać kopię dokumentacji należy złożyć pisemny wniosek. Otrzyma Pan/Pani kopię lub streszczenie dokumentacji dotyczącej zdrowia i skarg w ciągu 30 dni od złożenia wniosku. W przypadku zażądania kopii dokumentacji dotyczącej zdrowia i skarg możemy zażądać uzasadnionej opłaty opartej na poniesionych kosztach kopiowania, przesyłki lub innych wydatków poniesionych w związku z wnioskiem.

Prawo do wnioskowania o wprowadzenie zmian Może Pan/Pani poprosić o zmianę danych dotyczących zdrowia lub dokumentacji opłat, jeżeli uzna Pan/Pani, że są nieprawidłowe lub niepełne. Musi Pan/Pani przesłać pisemny wniosek i przedstawić powód, dlaczego żąda zmiany. Nie musimy się zgodzić na wprowadzenie żądanej zmiany. Jeżeli nie zgodzimy się na żądaną zmianę, otrzyma Pan/Pani wyjaśnienie na piśmie w ciągu 60 dni. Można wtedy wysłać kolejny wniosek wyrażający sprzeciw przeciwko naszej decyzji. Zostanie on dołączony do informacji, którą chciał(a) Pa/Pani zmienić lub poprawić.

Prawo do ubieganie się o poufne przekazywanie informacji. Może Pan/Pani poprosić nas o kontaktowanie się z Panem/Panią w określony sposób (na przykład telefonując do domu lub do pracy) lub drogą pocztową na inny adres. Uwzględnimy wszystkie rozsądne żądania. Musimy wyrazić zgodę w przypadku, kiedy poinformuje nas Pan/Pani, że nieprzestrzeganie tego żądania może zagrozić Pana/Pani bezpieczeństwie.

Prawo do otrzymywania wykazu ujawnionych danych. Ma Pan/Pani prawo do złożenia pisemnego wniosku o udostępnienie wykazu Pana/Pani udostępnionych danych medycznych w okresie poprzedzających sześć lat. Wykaz będzie zawierać informacje o podmiotach, którym udostępniono dane, daty przekazania danych oraz tego powody. Zamieścimy wszystkie przypadki ujawniania danych z wyjątkiem dotyczących leczenia, opłat oraz działań w zakresie opieki zdrowotnej i wszelkich przypadków przekazania danych na wniosek pacjenta.

Raz w roku wykaz może być sporządzony bezpłatnie, ale w przypadku wystąpienia o kolejny w ciągu 12 miesięcy, pobierzemy uzasadnioną, opartą na poniesionych kosztach opłatę. W pisemnym wniosku należy zaznaczyć okres.

Prawo do otrzymania pisemnego egzemplarza niniejszego powiadomienia w dowolnym momencie. Ma Pan/Pani prawo do wystąpienia z wnioskiem o otrzymanie egzemplarza niniejszego powiadomienia na piśmie w dowolnym momencie. Niezwłocznie go dostarczymy w wersji papierowej.

Prawo do wyznaczenia innej osoby do działań w Pana/Pani imieniu. W przypadku udzielenia przez Pana/Panią pełnomocnictwa medycznego innej osobie lub kiedy ma Pan/Pani prawnego opiekuna, ta osoba może rościć prawa i dokonywać wyborów odnośnie Pana/Pani danych medycznych. Sprawdzimy, czy dana osoba posiada takie upoważnienie i może działać w Pana/Pani imieniu, zanim dokonamy jakichkolwiek czynności.

Zmiany dotyczące tego powiadomienia

Możemy zmienić zasady dotyczące ochrony prywatności, procedury i niniejsze powiadomienie w dowolnym czasie i te zmiany będą dotyczyć wszystkich posiadanych przez nas Pana/Pani danych. W przypadku zmiany niniejszego powiadomienia nowe powiadomienie zostanie zamieszczone na naszej stronie internetowej, a Pan/Pani otrzyma je pocztą elektroniczną.

Gdzie należy zgłaszać problemy?

W przypadku zgłoszenia problemu dotyczącego braku satysfakcji z naszych usług, nie zostanie to wykorzystane przeciw Panu/Pani.

Jeżeli uzna Pan/Pani, że CountyCare naruszyło Pana/Pani prawa do ochrony prywatności podane w tym powiadomieniu, może Pan/Pani złożyć skargę do CountyCare lub Urzędu Praw Obywatelskich przy amerykańskim Departamencie Zdrowia i Opieki Społecznej.

Skargę do amerykańskiego Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Urzędu Praw Obywatelskich można złożyć, wysyłając pismo na adres:

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

Może Pan/Pani również zadzwonić pod numer 1-877-696-6775 lub odwiedzić stronę www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/what-to-expect/index.html

Można skontaktować się z urzędnikiem CountyCare ds. zgodności i zachowania prywatności w celu omówienia wszelkich swoich zastrzeżeń w sposób podany poniżej:

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

PANA/PANI KOORDYNATOR OPIEKI

Z koordynatorem opieki można kontaktować się pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny), od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 18.00, oraz w soboty w godzinach 9.00 – 13.00 (czasu centralnego). Osoby niesłyszące mogą połączyć się z naszą linią TDD/TTY pod numerem 711.

Ważne, aby pozostawać w kontakcie ze swoim koordynatorem opieki. Będzie on w stanie udzielić Panu/Pani pomocy odnośnie usług. Należy zapisać imię i nazwisko oraz numer telefonu swojego koordynatora opieki.

Mój koordynator opieki CountyCare: _____

Numer telefonu: _____

DZIĘKUJEMY ZA WYBRANIE
COUNTYCARE

CountyCare
A MEDICAID HEALTH PLAN