



CERTIFICADO DE COBERTURA



CÓMO USAR SU CERTIFICADO

Usted debe leer este certificado en su totalidad. Varios temas de este certificado están relacionados: leer solamente uno o dos puede resultar insuficiente para brindarle una comprensión clara.

Muchas de las palabras en este certificado tienen un significado específico. Estas palabras comienzan con letra mayúscula y sus definiciones están en la Primera Sección. Al utilizar estas definiciones, podrá comprender mejor todo el contenido.

Este certificado está sujeto a enmiendas, modificaciones o cancelación de mutuo acuerdo entre el Condado de Cook a través del Sistema de Salud y Hospitales del Condado de Cook, quien administra el CountyCare Health Plan ("Health Plan") y el Departamento del Cuidado de la Salud y Servicios para Familias de Illinois (Illinois Department of Healthcare and Family Services - HFS, por sus siglas en inglés), sin el consentimiento de ningún miembro. Los miembros serán notificados de dichos cambios tan pronto como sea posible después de que hayan sido implementados. Al elegir la cobertura de salud bajo el Plan de Seguro Médico, los miembros aceptan todos los términos y condiciones en este Certificado.

Certificado de Cobertura

Este Certificado es emitido por el Condado de Cook a través de su patrocinador del Sistema de Salud y Hospitales del Condado de Cook del CountyCare Health Plan (Plan de seguro médico de CountyCare), que opera como una Red Comunitaria de Cuidado Médico Administrado del Condado (MCCN). En consideración a la inscripción del Miembro, CountyCare Health Plan proporcionará y/o coordinará los servicios médicos cubiertos para el Miembro de acuerdo con las disposiciones del presente Certificado.

EN FE DE LO CUAL, el Health Plan ha ordenado que este Certificado sea ejecutado por su funcionario debidamente autorizado en la fecha que se indica a continuación, bajo la cual la cobertura del Certificado comenzará en la fecha efectiva indicada a continuación.

CountyCare Health Plan



Aaron Galeener, Chief Administrative Officer
CountyCare Health Plan
Cook County Health and Hospitals System

01/01/2025

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Ley de Reforma de Cuidado Médico Administrado y Derechos del Paciente de 1999 estableció los derechos de los afiliados en los planes de atención médica. Estos derechos incluyen lo siguiente:

- Las visitas a la sala de emergencias que pagará su plan de atención médica.
- Cómo se puede acceder a los especialistas (afiliados y no afiliados a la red).
- Cómo presentar quejas y apelar las decisiones del plan de atención médica (incluidas las revisiones independientes externas).
- Cómo obtener información sobre su plan de atención médica, incluida información general sobre sus acuerdos financieros con los proveedores.

Se le recomienda que lea y se familiarice con estos temas y la otra información sobre los beneficios que figura en la hoja de trabajo Descripción de la cobertura. Como la hoja de trabajo Descripción de la cobertura no es un documento de carácter legal, para obtener información completa sobre los beneficios, consulte su contrato o Certificado, o comuníquese con su plan de atención médica. En caso de cualquier inconsistencia entre su Descripción de la cobertura y el contrato o Certificado, prevalecerán los términos del contrato o Certificado.

Para obtener asistencia e información general, comuníquese con el Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois al 800-226-0768. Tenga en cuenta que el Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois no podrá proporcionar información específica sobre el plan. Para este tipo de información, debe comunicarse directamente con el personal de su plan de atención médica.

Hoja de trabajo Descripción de la cobertura

Conceptos básicos de la cobertura

Su doctor	<ul style="list-style-type: none"> • La selección de un Proveedor de atención primaria (PCP) se realiza en el momento de la inscripción. • Una mujer puede elegir un Proveedor de atención médica para la mujer (WHCP) en el momento de la inscripción o en cualquier momento posterior. • Estas opciones se pueden cambiar en cualquier momento llamando a Servicios para Miembros.
Deducible anual	Ninguno
Gastos de bolsillo	Ninguno
Máximos de por vida	Ninguno
Limitaciones por afecciones preexistentes	Ninguno

Servicios cubiertos, autorizaciones previas, límites de beneficios y copagos

SERVICIO CUBIERTO	EL MÉDICO DEBE OBTENER AUTORIZACIÓN PREVIA (PA)	LIMITACIÓN DE BENEFICIOS	MONTO DE COPAGO
Los servicios de aborto están cubiertos por Medicaid (no por CountyCare) mediante el uso de su tarjeta médica de HFS	Sí	Según lo permitido por la ley estatal y federal, y cuando sea necesario para proteger la vida de la madre o para víctimas de violación o incesto	\$0
Servicios de enfermería de práctica avanzada			\$0
Servicios de apoyo en conducta adaptativa (ABS)	Sí	Menores de 21 años Diagnóstico de trastorno del espectro autista	\$0

SERVICIOS CUBIERTOS	EL MÉDICO DEBE OBTENER AUTORIZACIÓN PREVIA (PA)	LIMITACIÓN DE BENEFICIOS	MONTO DE COPAGO
		Derivado por un médico y recomendado por un analista conductual certificado	
Servicios del centro de tratamiento quirúrgico ambulatorio	Sí		\$0
Servicios de audiología; audífonos	Sí, bajo ciertas circunstancias	Uno (1) cada Tres (3) años	\$0
Servicios de salud conductual	Sí, bajo ciertas circunstancias	Servicios de crisis de salud conductual basados en la comunidad Cuidado hospitalario Servicios para pacientes ambulatorios, como manejo de medicamentos, terapia y tratamiento diario de consejería en un hospital	\$0
Análisis de sangre, componentes sanguíneos y su administración			\$0
Servicios quiroprácticos			\$0
Servicios dentales: exámenes y limpiezas		Una (1) cada Seis (6) meses	\$0
Evaluación de detección de cáncer colorrectal			\$0
Servicios dentales: limpiezas profundas	Sí	Una (1) cada 24 meses por cuadrante	\$0
Servicios dentales: tratamientos de fluoruro		Uno (1) cada seis (6) meses en un consultorio dental para edades de 3 a 20 años, ya sea D1206 o D1208 Tres (3) cada 12 meses en un consultorio dental para edades de 0 a 2 años, ya sea D1206 o D1208 Uno (1) cada seis (6) meses en un entorno escolar para edades de 3 a 20 años	\$0
Servicios dentales: restauraciones (incrustaciones y rellenos dentales), dentaduras postizas, anestesia	Para servicios específicos	Diferentes limitaciones de frecuencia según el servicio	\$0
Servicios dentales: cirugía oral y maxilofacial, coronas, periodoncia	Para servicios específicos	Diferentes limitaciones de frecuencia según el servicio	\$0
Servicios dentales: radiografías		Diferentes limitaciones de frecuencia según el servicio	\$0
Servicios dentales: endodoncias	Para servicios específicos	Una (1) por vida por diente	\$0
Servicios dentales: ortodoncia (frenos) necesaria según el médico	Sí	Miembros menores de 21 años que recibirán la ortodoncia (frenos) necesaria según el médico CountyCare cubre la extracción de la ortodoncia (frenos) necesaria según el médico para todos los miembros	\$0

SERVICIO CUBIERTO	EL MÉDICO DEBE OBTENER AUTORIZACIÓN PREVIA (PA)	LIMITACIÓN DE BENEFICIOS	MONTO DE COPAGO
Radiología diagnóstica y terapéutica			\$0
Equipo médico duradero (DME)	Sí	Bajo ciertas circunstancias	\$0
Servicios dentales de emergencia			\$0
Servicios de Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos EPSDT para afiliados menores de 21 años (excluidos los turnos de enfermería para afiliados en el Medicamento frágil, tecnológicamente dependiente MFTD)			\$0
Servicios y suministros de planificación familiar		Servicios disponibles de proveedores afiliados y no afiliados a la red de Medicaid	\$0
Centros de salud calificados a nivel federal (FQHC), centros de salud rurales (RHC) y otras visitas a clínicas de tarifa por visita			\$0
Consejería y pruebas genéticas	Sí		\$0
Atención de afirmación de género	Sí		\$0
Audífono			\$0
Visitas de agencias de atención médica a domicilio	Sí	Incluye, entre otros, servicios de enfermería especializada, terapias y tratamientos en caso de heridas	\$0
Atención médica a domicilio	Sí		\$0
Visitas al departamento de emergencia del hospital			\$0
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Sí	Los servicios planificados deben estar autorizados previamente; los servicios de emergencia deben presentarse para autorización dentro de las 24 horas	\$0
Servicios ambulatorios del hospital	Sí		\$0
Servicios de laboratorio y radiografías	Sí		\$0
Suministros médicos, equipos, prótesis y órtesis	Sí		\$0
Atención de enfermería para afiliados menores de 21 años que no están en la exención de HCBS para personas que son MFTD	Sí		\$0
Servicios en centros de enfermería	Sí		\$0

SERVICIOS CUBIERTOS	EL MÉDICO DEBE OBTENER AUTORIZACIÓN PREVIA (PA)	LIMITACIÓN DE BENEFICIOS	MONTO DE COPAGO
Cuidados de enfermería, de relevo o de hospicio en el hogar	Sí		\$0
Servicios y suministros ópticos		Los miembros de 20 años o menos tienen derecho a un (1) par de anteojos (marcos de selección estándar o de opción de no cobertura hasta \$100), o lentes de contacto electivos (hasta \$100) cada año calendario Los miembros mayores de 21 años tienen derecho a un (1) par de anteojos (marcos de selección estándar o de opción de no cobertura hasta \$100) o lentes de contacto electivos (hasta \$100) cada dos (2) años	\$0
Servicios de optometrista			\$0
Servicios paliativos	Sí		\$0
Servicios de farmacias	Sí	Pueden aplicarse límites a los medicamentos. Para ver si un medicamento está cubierto o si se requiere una autorización, consulte la Lista de medicamentos preferidos (PDL)	\$0
Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	Sí	Se requiere PA después de las primeras seis (6) visitas. No se requiere PA para fisioterapia para cirugías de reemplazo de articulaciones hasta 12 visitas	\$0
Servicios médicos			\$0
Servicios pediátricos	Sí	Se requiere PA después de tres (3) visitas	\$0
Servicios de estabilización posterior	Sí		\$0
Visitas de práctica para afiliados con necesidades especiales			\$0
Servicios de radiología	Sí	En determinadas circunstancias	\$0
Servicios de diálisis renal			\$0
Equipos y suministros respiratorios	Sí	Bajo ciertas circunstancias	\$0
Servicios para prevenir enfermedades y promover la salud			\$0
Servicios de diálisis renal	Sí	Bajo ciertas circunstancias	\$0

SERVICIO CUBIERTO	EL MÉDICO DEBE OBTENER AUTORIZACIÓN PREVIA (PA)	LIMITACIÓN DE BENEFICIOS	MONTO DE COPAGO
Servicios contra el alcoholismo subagudo y el consumo de sustancias, tratamiento diurno residencial y tratamiento diurno de desintoxicación			\$0
Trasplantes	Sí	Uso de un proveedor de trasplantes certificado por HFS	\$0
Transporte para obtener servicios cubiertos			\$0
Servicios de la visión		Un (1) estudio por año calendario	\$0

Servicios domiciliarios y comunitarios cubiertos (solo para los clientes con exención)

A continuación encontrará una lista de los beneficios que CountyCare cubre para los miembros que están en un programa de exención a domicilio y comunitario.

PROGRAMA DE EXENCIÓN PARA LOS SERVICIOS BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD (HOME AND COMMUNITY-BASED SERVICES, HCBS).	SERVICIOS	EL PROVEEDOR DEBE OBTENER AUTORIZACIÓN PREVIA
Departamento de Gerontología (Department on Aging, DoA) <i>Personas de la tercera edad</i>	Servicio diurno para adultos. Transporte a los servicios diurnos para adultos. Servicios de trabajo doméstico. Servicio de dispensador automático de medicamentos (Automatic Medication Dispenser, AMDS). Sistema personal de respuesta a emergencias (Personal Emergency Response System, PERS).	Es posible que necesite nuestra autorización previa antes de recibir los servicios cubiertos.
Departamento de Servicios de Rehabilitación (Department of Rehabilitative Services, DRS) Personas con discapacidades	Servicio diurno para adultos. Transporte a los servicios diurnos para adultos. Adaptaciones de accesibilidad en el entorno y el hogar. Ayuda médica a domicilio. Enfermería intermitente. Enfermería especializada - Enfermero(a) titulado(a) (RN) y enfermero(a) practico(a) con licencia (LPN) Terapia ocupacional. Fisioterapia. Terapia del habla. Servicios de trabajo doméstico. Reparto de comidas a domicilio. Proveedor individual/asistente personal.	Es posible que necesite nuestra autorización previa antes de recibir los servicios cubiertos.

PROGRAMA DE EXENCIÓN PARA LOS SERVICIOS BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD (HOME AND COMMUNITY-BASED SERVICES, HCBS).	SERVICIOS	EL PROVEEDOR DEBE OBTENER AUTORIZACIÓN PREVIA
	<p>Relevo. Equipo y suministros médicos especializados. Sistema personal de respuesta a emergencias (Personal Emergency Response System, PERS).</p>	<p>Es posible que necesite nuestra autorización previa antes de recibir los servicios cubiertos.</p>
<p>Departamento de Servicios de Rehabilitación (Department of Rehabilitative Services, DRS)</p> <p><i>Personas con VIH/SIDA</i></p>	<p>Servicio diurno para adultos. Transporte a los servicios diurnos para adultos. Adaptaciones de accesibilidad en el entorno y el hogar. Ayuda médica a domicilio. Enfermería intermitente. Enfermería especializada - Enfermero(a) titulado(a) (RN) y enfermero(a) practico(a) con licencia (LPN) Terapia ocupacional. Fisioterapia. Terapia del habla. Servicios de trabajo doméstico. Reparto de comidas a domicilio. Proveedor individual/asistente personal. Relevo. Equipo y suministros médicos especializados. Sistema personal de respuesta a emergencias (Personal Emergency Response System, PERS)</p>	<p>Es posible que necesite nuestra autorización previa antes de recibir los servicios cubiertos.</p>
<p>Departamento de Servicios de Rehabilitación (Department of Rehabilitative Services, DRS)</p> <p><i>Personas con lesión cerebral</i></p>	<p>Servicio diurno para adultos. Transporte a los servicios diurnos para adultos. Adaptaciones de accesibilidad en el entorno y el hogar. Empleo con apoyo. Ayuda médica a domicilio. Enfermería intermitente. Enfermería especializada - Enfermero(a) titulado(a) (RN) y enfermero(a) practico(a) con licencia (LPN) Terapia ocupacional. Fisioterapia. Terapia del habla.</p>	<p>Es posible que necesite nuestra autorización previa antes de recibir los servicios cubiertos.</p>

**PROGRAMA DE EXENCIÓN PARA
LOS SERVICIOS BASADOS EN
EL HOGAR Y LA COMUNIDAD
(HOME AND COMMUNITY-BASED
SERVICES, HCBS).**

SERVICIOS

**EL PROVEEDOR DEBE OBTENER
AUTORIZACIÓN PREVIA**

Servicios previos a la formación profesional.
 Servicios de trabajo doméstico.
 Reparto de comidas a domicilio.
 Proveedor individual/asistente personal.
 Relevo.
 Equipo y suministros médicos especializados.
 Servicios conductuales: Máster (MA) y Doctor en Medicina (MD)
 Sistema personal de respuesta a emergencias (Personal Emergency Response System, PERS).
 Servicios de habilitación diurna.

Es posible que necesite nuestra autorización previa antes de recibir los servicios cubiertos.

Atención Médica y Servicios Familiares
(HealthCare and Family Services, HFS)
 Programa de apoyo para la vida diaria

Vivienda de tipo apartamento.
 Servicios auxiliares.
 Promoción de la salud y ejercicio físico.
 Tareas domésticas.
 Lavandería.
 Mantenimiento.
 Medicamentos, supervisión y ayuda para la autoadministración.
 Servicios de enfermería intermitentes.
 Cuidado personal.
 Programación social y recreativa.
 Respuesta/seguridad las 24 horas.
 Comidas y meriendas.

Es posible que necesite nuestra autorización previa antes de recibir los servicios cubiertos.

TABLE OF CONTENTS

Certificado de Cobertura	1
Descripción de la Cobertura	2
Definiciones	10
Proveedor de Cuidado Médico Primario (PCP) y Proveedor de Atención Médica para la Mujer (WHCP) ...	11
Servicios para Miembros	11
Servicios Cubiertos de CountyCare	11
Reclamaciones y Apelaciones	14
Derechos y Responsabilidades	19
Descargos De Responsabilidad	23
Aviso de Prácticas de Privacidad de CountyCare	24

DEFINICIONES

Afección médica de emergencia refiere a una enfermedad, lesión, síntoma o afección tan grave que una persona consciente buscaría atención de inmediato para evitar un daño grave.

Apelación refiere a una solicitud para que su plan de salud vuelva a revisar una decisión.

Atención ambulatoria en el hospital refiere a la atención recibida en un hospital que generalmente no requiere la estadía de una noche.

Atención de enfermería especializada refiere a los servicios de enfermería proporcionados en virtud de la Ley de Práctica de Enfermería de Illinois (225 ILCS 65/50-1 et seq.) por enfermeras registradas, enfermeras prácticas con licencia o enfermeras vocacionales con licencia para ejercer en el estado.

Atención médica a domicilio refiere a servicios de atención médica que una persona recibe en su hogar.

Autorización previa refiere a una decisión de su aseguradora o plan de salud de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento con receta o equipo médico duradero son necesarios según el médico. A veces, se lo denomina autorización previa, aprobación previa o precertificación. Es posible que su seguro o plan de salud exija una autorización previa para el acceso a ciertos servicios antes de que los reciba, excepto en un caso de emergencia. La autorización previa no quiere decir que su seguro o plan de salud cubrirán el costo.

Cobertura de medicamentos con receta refiere a un seguro o plan de salud que ayuda a pagar los medicamentos con receta.

Copago refiere a un monto fijo (por ejemplo, \$15) que usted paga para recibir un servicio de atención médica cubierto, en general cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Cuidado de urgencia refiere a la atención para abordar una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona consciente busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en una sala de emergencia.

Equipo médico duradero refiere al equipo y los suministros que un proveedor de atención médica indica para uso diario o prolongado.

Especialista refiere a un médico que se enfoca en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes con el fin de diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

Fuera de la red refiere a brindarle al beneficiario la opción de acceder a los servicios del plan no incluidos dentro la red de proveedores contratada del plan. En algunos casos, los costos de bolsillo de un beneficiario pueden ser más altos para un beneficio fuera de la red.

Hospitalización refiere a la atención recibida en un hospital que requiere admisión como paciente internado y generalmente se precisa la estadía de una noche. Una estadía de una noche con fines de observación podría ser atención ambulatoria.

Necesario según el médico refiere a los servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, dolencia o sus síntomas y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina.

Proveedor de atención primaria refiere a un médico (M.D.: Doctor en medicina o D.O.: Doctor en medicina osteopática), enfermero practicante, enfermero clínico especialista o asistente médico, según lo permita la ley estatal, que brinda, coordina o ayuda a un paciente a acceder a varios servicios de atención médica.

Reclamación refiere a una queja que usted comunica a su plan de salud.

Servicios de cuidados paliativos refiere a servicios para brindar comodidad y apoyo a personas que están en la etapa final de una enfermedad terminal y a sus familias.

Servicios de emergencia refieren a la evaluación de una afección médica de emergencia y el tratamiento para evitar que la afección empeore.

Servicios no incluidos refiere a los servicios de atención médica que no paga o no están cubiertos por su seguro o plan médico.

Servicios y dispositivos de habilitación refiere a servicios que ayudan a una persona a conservar, aprender o mejorar habilidades y actividades para la vida diaria. Un ejemplo puede ser un tratamiento para un niño que no camina o que habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y el lenguaje, y otros servicios destinados a personas con discapacidades en varios entornos (hospitalizados y/o ambulatorios).

Servicios y dispositivos de rehabilitación refiere a los servicios de atención médica que ayudan a una persona a conservar, recuperar o mejorar las habilidades y las actividades para la vida diaria que se han perdido o deteriorado porque la persona tuvo una enfermedad, herida o discapacitada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y el lenguaje, y servicios de rehabilitación psiquiátrica en varios entornos para pacientes hospitalizados y/o ambulatorios.

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) Y PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA MUJERES (WHCP)

Cada miembro de CountyCare deberá seleccionar, o hacer que se seleccione en su nombre, un proveedor de atención primaria (PCP) o un proveedor de atención médica para mujeres (WHCP) a través del cual se brindarán o coordinarán ciertos servicios médicos de atención primaria, y que coordinará los demás servicios cubiertos que recibirá el miembro de otros proveedores participantes. Además de un PCP, todas las mujeres miembros pueden seleccionar un WHCP. No es obligatorio tener o seleccionar un WHCP, pero la opción está disponible. Si un miembro recibe servicios a través de un médico o proveedor de atención médica que no sea su PCP/WHCP y dichos servicios no fueron indicados por su PCP/WHCP ni autorizados por el plan de salud, esos servicios no estarán cubiertos, excepto en el caso

de una emergencia verdadera. Los miembros pueden cambiar su PCP/WHCP al llamar a Servicios para Miembros. Emergencia. Los miembros pueden cambiar de PCP/WHCP llamando a Servicios para Miembros.

SERVICIOS PARA MIEMBROS

CountyCare cuenta con un Departamento de Servicios para Miembros que está disponible para responder sus preguntas o inquietudes. Si tiene alguna pregunta sobre las disposiciones de este Certificado, cómo obtener servicios en virtud de este Certificado o tiene otras consultas, comuníquese con los Servicios para Miembros de CountyCare al 312-864-8200/855-444-1661 (línea gratuita)/711 (TDD/TTY).

SERVICIOS CUBIERTOS POR COUNTYCARE

CountyCare cubre todos los servicios, necesarios según el médico, cubiertos por Medicaid, junto con algunos beneficios adicionales para nuestros miembros. Cubrimos los servicios sin costo alguno para usted. Proporcionamos una lista con los servicios cubiertos en este manual. También puede visitar nuestro sitio web en www.CountyCare.com o llame a los Servicios para Miembros para que le envíen una copia con nuestros servicios cubiertos.

Se precisa autorización previa para algunos servicios. Su PCP le enviará autorizaciones previas en caso de ser necesarias. No se comunique con nosotros por este motivo.

Servicios médicos cubiertos

Se proporciona una lista de algunos de los servicios médicos y beneficios que cubre CountyCare.

- Los servicios de aborto están cubiertos por Medicaid (no por CountyCare) mediante el uso de su tarjeta médica de HFS.
- Servicios de enfermería de práctica avanzada

- Servicios del centro de tratamiento quirúrgico ambulatorio
- Terapia y servicios de análisis conductual aplicado (ABA)
- Dispositivos de comunicación aumentativa/con apoyo
- Servicios de audiología
- Análisis de sangre, componentes sanguíneos y su administración
- Servicios quiroprácticos
- Servicios dentales, incluidas las cirugías orales
- Servicios de EPSDT para afiliados menores de veintiún (21) años
- Servicios y suministros de planificación familiar
- Centros de salud calificados a nivel federal, centros de salud rurales y otras visitas a clínicas con tarifa de encuentro, RHC y otras visitas a clínicas de tarifa por visita
- Atención de afirmación de género
- Visitas de agencias de atención médica a domicilio
- Visitas al Departamento de Emergencia del hospital
- Servicios hospitalarios para pacientes internados
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Servicios de laboratorio y radiografías
- Suministros médicos, equipos, prótesis y órtesis
- Servicios de salud mental están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. y los sábados de 9:00 a. m. a 1:00 p. m., hora central.

Los Servicios para Miembros se encargarán de:

- Reemplazar tarjetas de identificación
- Ayudar en la programación de citas
- Resolver las quejas de los miembros
- Ayudar en las derivaciones a especialistas
- Ayudar con los cambios de PCP y de WHCP
- Ayudar a completar reclamaciones y apelaciones
- Atención de enfermería
- Servicios en centros de enfermería
- Servicios y suministros ópticos

- Atención de enfermería con el propósito de hacer la transición de niños desde un hospital o un hogar u otro entorno apropiado para los inscritos menores de 21 años
- Servicios de optometrista
- Servicios paliativos
- Servicios de farmacias
- Servicios de fisioterapia, Servicios de salud mental proporcionados bajo la Opción Clínica de Medicaid, la Opción de Rehabilitación de Medicaid y la Opción de Gestión de Casos Específicos
- Visitas de práctica para inscritos con necesidades especiales
- Servicios médicos
- Servicios pediátricos
- Servicios de estabilización posterior
- Servicios de diálisis renal
- Equipos y suministros respiratorios
- Servicios para prevenir enfermedades y promover la salud
- Servicio de tratamiento de alcoholismo subagudo y abuso de sustancias, tratamiento residencial de día y tratamiento de desintoxicación de día
- Trasplantes
- Transporte para obtener servicios cubiertos
- Servicios de visión

Servicios cubiertos con limitación

- Servicios de esterilización según lo permitan las leyes estatales y federales. El proveedor debe completar el formulario 2189 de HFS y archivarlo en el historial médico.
- Histerectomía si el proveedor completa el formulario 1977 de HFS y lo archiva en el historial médico.

Servicios no cubiertos

Se proporciona una lista de algunos de los servicios médicos y beneficios no cubiertos por CountyCare.

- Servicios que son de naturaleza experimental o de investigación.
- Servicios que son proporcionados por un proveedor fuera de la red y no autorizados por su plan de salud.

- Servicios que se brindan sin la autorización previa requerida.
- Cirugía estética electiva.
- Atención de la infertilidad.
- Cualquier servicio que no sea necesario según el médico.
- Servicios proporcionados a través de agencias educativas locales.

Si no sabe si algún servicio cuenta o no con cobertura, comuníquese con Servicios para Miembros al 312-864-8200/855-444-1661 (línea gratuita)/711 (TDD/TTY). Le informaremos si el servicio tiene cobertura o no.

Atención de emergencia

Una afección médica de emergencia es muy grave. Podría ser potencialmente mortal. Podría tener dolor intenso, lesión o una enfermedad. Si tiene una emergencia, llame 9-1-1 de inmediato.

Algunos ejemplos de emergencia son los siguientes:

- Ataque cardíaco
- Hemorragia grave
- Envenenamiento
- Dificultad para respirar
- Quebraduras

Lo que debe hacer en caso de una emergencia:

- Acérquese al departamento de emergencia más cercano; puede ir a cualquier hospital u otro establecimiento para acceder a los servicios de emergencia.
- Llame al 9-1-1.
- Llame a una ambulancia si no tiene servicio del 9-1-1 en el área.
- No se precisa derivación.
- No se necesita autorización previa, pero tan pronto como su afección se estabilice, debe llamar a su PCP para coordinar la atención de seguimiento.

Atención de estabilización posterior

Los servicios de estabilización posterior son necesarios después de una afección médica de emergencia. CountyCare cubre estos servicios. Estos servicios pueden brindarse en el hospital, el hogar o un consultorio. Si desea obtener una lista de proveedores o instalaciones que brindan estos servicios, puede encontrar proveedores en countycare.com/find-a-provider o puede llamar a Servicios para Miembros al

312-864-8200/855-444-1661 (línea gratuita)/711 (TDD/TTY). Su coordinador de cuidado también puede ayudarlo a establecer servicios de estabilización posterior.

Si tiene una afección que ocurre con frecuencia, hable con su PCP sobre cómo hacer un plan de emergencia médica. Si debe ir a un hospital o proveedor fuera de la red, llame a CountyCare lo antes posible y cuéntenos qué sucedió. Esto es importante para que podamos ayudarlo a obtener atención de seguimiento.

Atención de especialidad

Un especialista es un doctor que lo atiende por una determinada afección. Un ejemplo de especialidad es cardiología (salud del corazón) u ortopedia (huesos y articulaciones). Si su PCP considera que necesita un especialista, trabajará con usted para elegir uno. Su PCP coordinará con usted la atención de especialidad. En algunos casos, se le puede asignar un proveedor especializado como su PCP debido a una enfermedad crónica que pueda tener. Sin embargo, para que un especialista sea su PCP, debe aceptar brindarle ese nivel de atención.

Con CountyCare, no necesita una derivación para consultar con un especialista, pero es mejor que primero consulte a su PCP. Su PCP puede aconsejarle si necesita un especialista y recomendarle especialistas para su afección específica. Si necesita acceder a servicios de salud mental, no necesita una derivación, siempre y cuando consulte antes a un proveedor de CountyCare. Si necesita ayuda para obtener una cita, comuníquese con su coordinador de atención o con Servicios para Miembros al 312-864-8200/ 855-444-1661 (línea gratuita)/711 (TDD/TTY).

Atención fuera del Estado

Si viaja fuera de Illinois y necesita servicios de emergencia, los proveedores de atención médica pueden brindarle tratamiento. Ellos nos enviarán los reclamos. Usted será responsable del pago de cualquier servicio que reciba fuera de Illinois si el proveedor no nos envía los reclamos o no acepta nuestro pago. Los servicios de emergencia están cubiertos solo si se brindan en los Estados Unidos.

Los servicios de emergencia brindados fuera de los Estados Unidos no están cubiertos. Para recibir cuidado de urgencia o de rutina fuera de su hogar, debe obtener la aprobación de CountyCare para acudir a un proveedor diferente. Llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200/855-444-1661 (línea gratuita)/711 (TDD/TTY) para obtener esta aprobación.

Atención fuera de la red

Debe recibir atención de proveedores y hospitales afiliados a la red. Puede encontrar una lista de proveedores y hospitales dentro de la red en countycare.com/find-a-provider o puede llamar a Servicios para Miembros al 312-864-8200/855-444-1661 (línea gratuita)/711 (TDD TTY).

Debe tener la aprobación de CountyCare si acude a proveedores fuera de la red. La única excepción es en los casos de tratamiento de emergencias, servicios de planificación familiar, servicios dentales escolares y hospitales estatales.

Área de servicio

CountyCare solo está disponible para los miembros que residen en el Condado de Cook.

RECLAMACIONES Y APELACIONES

Queremos que se sienta satisfecho con los servicios que obtiene con CountyCare y nuestros proveedores. Si no está satisfecho, puede completar un formulario de reclamación o apelación.

Reclamaciones

Una reclamación es una queja sobre cualquier asunto que no sea una denegación, disminución o finalización de un servicio o artículo.

CountyCare considera muy en serio las reclamaciones hechas por los miembros. Nos interesa saber lo que está mal para que podamos mejorar nuestros servicios. Si tiene una reclamación sobre un proveedor o sobre la calidad de la atención o los servicios que ha recibido, debe informarnos de inmediato. CountyCare cuenta con procedimientos especiales para ayudar a los miembros que presentan reclamaciones. Haremos lo mejor posible para responder sus preguntas o ayudar a resolver su inquietud. La presentación de una queja no afectará sus servicios de atención médica ni su cobertura de beneficios.

Si el reclamante es un cliente del programa de rehabilitación vocacional (VR), puede tener derecho a la asistencia del Programa de asistencia al cliente (CAP) de DHS-ORS en la preparación, presentación y representación de los asuntos que se van a escuchar.

Estos son ejemplos de porqué quisiera presentar una reclamación:

- Su proveedor o un miembro del personal de CountyCare no respetaron sus derechos.
- Tuvo problemas para conseguir una cita con su proveedor en un tiempo adecuado.
- No estuvo satisfecho con la calidad de la atención o el tratamiento que recibió.
- Su proveedor o un miembro del personal de CountyCare fueron irrespetuosos.
- Su proveedor o un miembro del personal de CountyCare no fueron sensibles a sus necesidades culturales u otras necesidades especiales que pueda tener.

Puede presentar su reclamación por teléfono llamando a Servicios para Miembros al 312-864-8200/ 855-444-1661 (línea gratuita)/711 (TDD/TTY).

También puede presentar su reclamación por escrito por correo o fax a:

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

En la carta de reclamación, proporciónenos la mayor cantidad de información posible. Por ejemplo, incluya la fecha y el lugar donde ocurrió el incidente, los nombres de las personas involucradas e información sobre lo que sucedió. Asegúrese de incluir su nombre y su número de identificación del miembro. Puede solicitarnos ayuda para presentar su reclamación al llamar a los Servicios para Miembros al 312-864-8200/855-444-1661 (línea gratuita)/711 (TDD/TTY).

Si no habla inglés, podemos proporcionarle un intérprete sin costo alguno. Incluya esta solicitud cuando presente su queja. Si tiene discapacidad auditiva, llame a Illinois Relay al 711.

En cualquier momento durante el proceso de reclamación, puede designar a alguien que conozca para que lo represente o actúe en su nombre. Esta persona será su "representante".

Para designar a un representante, puede realizar lo siguiente:

1. Enviarnos una carta informándonos que desea que otra persona lo represente e incluir en la carta la información de contacto de la persona.
2. O bien, completar el formulario de Representante autorizado. Puede encontrar este formulario en nuestro sitio web en https://countycare.com/wp-content/uploads/CCAuthorized-Representative-English_01082025.pdf

CountyCare le enviará una carta de reconocimiento dentro de las 48 horas siguientes a la recepción de su reclamación. CountyCare intentará solucionar de inmediato su reclamación. En caso de que no podamos, nos comunicaremos con usted para más información. Dentro de los 90 días, usted recibirá una carta de CountyCare en la que se indicará una resolución.

Apelaciones

Una apelación consiste en una manera de solicitar una revisión de nuestras acciones. Si decidimos que un servicio o artículo solicitado no puede ser aprobado, o si un servicio se reduce o se detiene, recibirá una carta de "Determinación adversa de beneficios" de nuestra parte. Esta carta le informará lo siguiente:

- Qué acción se tomó y el motivo de la misma.
- Su derecho a presentar una apelación y cómo hacerlo.
- Su derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal y cómo hacerlo.
- Su derecho en algunas circunstancias a solicitar una apelación acelerada y cómo hacerlo.
- Su derecho a solicitar que los beneficios continúen durante su apelación, cómo hacerlo y cuándo puede tener que pagar por los servicios.

Es posible que no esté de acuerdo con una decisión o una acción ejecutada por CountyCare sobre sus servicios o un artículo que solicitó. Una apelación consiste en una manera de solicitar una revisión de nuestras acciones. Puede apelar dentro de los **60 calendario** de la fecha que figura en nuestra carta de "Determinación adversa de beneficios". Si desea que

sus servicios sigan siendo los mismos mientras apela, debe indicarlo cuando presente su apelación y debe presentar su apelación a más tardar **60 días calendario** a partir de la fecha de nuestra carta de Determinación adversa de beneficios. La lista que figura a continuación incluye ejemplos de cuándo podría querer presentar una apelación.

- No aprobar o pagar un servicio o artículo que solicita su proveedor.
- Detener un servicio que fue aprobado anteriormente.
- No brindarle el servicio o los artículos de manera oportuna.
- No informarle sobre su derecho a la libertad de elegir proveedores.
- No aprobar un servicio para usted porque no estaba en nuestra red.

Hay dos maneras de presentar una apelación:

1. Llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200/ 855-444-1661 (línea gratuita)/711 (TDD/TTY). Si presenta una apelación por teléfono, debe enviar también una solicitud de apelación firmada por escrito.
2. Envíe por correo o fax su solicitud de apelación por escrito a:

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

Si no habla inglés, podemos proporcionarle un intérprete sin costo alguno. Incluya esa solicitud cuando presente su apelación. Si tiene discapacidad auditiva, llame a Illinois Relay al 711.

¿Alguien puede ayudarlo con el proceso de apelación?

Tiene varias opciones para recibir ayuda. Puede realizar lo siguiente:

- Pedirle a alguien que conozca que lo represente. Puede ser su médico de atención primaria o un miembro de su familia, por ejemplo.
- Elegir ser representado por un profesional legal.

Para designar a alguien para que lo represente, puede realizar lo siguiente:

- 1) Enviarnos una carta informándonos que desea que otra persona lo represente e incluir en la carta la información de contacto de la persona.
- 2) O bien, completar el formulario de Apelaciones del representante autorizado. Puede encontrar este formulario en nuestro sitio web en https://countycare.com/wp-content/uploads/CCAuthorized-Representative_English_01082025.pdf

Proceso de apelación

Le enviaremos una carta de acuse de recibo dentro de los tres días hábiles siguientes a recibir su apelación. Le informaremos si necesitamos más información y cómo proporcionarnos dicha información de manera presencial o por escrito. Un proveedor con la misma especialidad o una similar a la de su proveedor de atención médica revisará su apelación. No será el mismo proveedor que tomó la decisión original de denegar, reducir o interrumpir el servicio médico.

CountyCare le enviará nuestra decisión por escrito dentro de los 15 días hábiles siguientes a la fecha en que recibimos su solicitud de apelación. CountyCare puede solicitar una extensión de hasta 14 días calendario más para tomar una decisión sobre su caso si necesitamos obtener más información antes de tomar una decisión.

También puede solicitarnos una extensión si necesita más tiempo para obtener más documentos que respalden su apelación. Lo llamaremos para informarle nuestra decisión y le enviaremos a usted y a su representante autorizado el Aviso de decisión. En el Aviso de decisión, se le informará qué haremos y por qué.

Si la decisión de CountyCare coincide con la Determinación adversa de beneficios, es posible que deba pagar el costo de los servicios que recibió durante la revisión de la apelación. Si la decisión de CountyCare no coincide con la Determinación adversa de beneficios, aprobaremos los servicios para que comiencen de inmediato.

Lo que debe tener en cuenta durante el proceso de apelación:

- En cualquier momento, puede proporcionarnos más
- información sobre su apelación, si fuera necesario.
- Tiene la opción de ver su archivo de apelación.
- Tiene la opción de estar presente cuando CountyCare revise su apelación.

¿Cómo puede acelerar su apelación?

Si usted o su proveedor creen que nuestro plazo estándar de 15 días hábiles para tomar una decisión sobre su apelación pondrá en peligro grave su vida o su salud, puede solicitar una apelación acelerada al escribirnos o llamarnos. Si nos escribe, incluya su nombre, número de identificación del miembro, la fecha de su carta de Determinación adversa de beneficios, información sobre su caso y por qué solicita la apelación acelerada. Le informaremos dentro de las 24 horas si necesitamos más información. Una vez que se proporcione toda la información, nos comunicaremos con usted dentro de las 24 horas para informarle nuestra decisión y también les enviaremos a usted y a su representante autorizado el Aviso de decisión.

¿Cómo puede retirar una apelación?

Tiene derecho a retirar su apelación por cualquier motivo, en cualquier momento, durante el proceso de apelación. Sin embargo, usted o su representante autorizado deben hacerlo por escrito, utilizando la misma dirección que utilizó para presentar su apelación. Si retira la apelación, pondrá fin al proceso de apelación y no tomaremos ninguna decisión sobre su solicitud de apelación.

CountyCare reconocerá el retiro de su apelación enviándole un aviso a usted o a su representante autorizado. Si necesita más información sobre cómo retirar su apelación, llame a CountyCare al 312-864-8200/855-444-1661 (línea-gratuita)/711 (TDD/TTY).

¿Qué sucede después?

Después de recibir el Aviso de decisión de apelación de CountyCare por escrito, no tiene que tomar ninguna medida y su expediente de apelación se cerrará. Sin embargo, si no está de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación, puede solicitar una Apelación de audiencia imparcial estatal y/o solicitar una Revisión externa de su apelación dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha del Aviso de decisión. Puede optar por solicitar una Apelación de audiencia imparcial estatal junto con una Revisión externa o solo una de ellas.

Audiencia imparcial estatal

Si lo desea, puede solicitar una Apelación de Audiencia Imparcial Estatal dentro de los 120 días calendario a partir de la fecha del Aviso de decisión, pero debe solicitar una Apelación de audiencia imparcial estatal dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha del Aviso de decisión si desea continuar con sus servicios. Si no gana esta apelación, es posible que deba pagar estos servicios que se le brindaron durante el proceso de apelación.

En la Audiencia imparcial estatal, al igual que durante el proceso de apelaciones de CountyCare, puede pedirle a alguien que lo represente, como un abogado, un familiar o un amigo que hablen por usted. Para designar a alguien para que lo represente, envíenos una carta en la que se informe que desea que otra persona lo represente e incluya en la carta su información de contacto.

Puede solicitar una Audiencia imparcial estatal de una de las maneras siguientes:

- Su Centro de Recursos Comunitarios Familiares local puede brindarle un formulario de apelación para solicitar una Audiencia imparcial estatal y lo ayudará a completarlo, si lo desea.
- Visite la página <https://abe.illinois.gov/access/appeals> para configurar una Cuenta de apelaciones de ABE y presentar una Apelación de Audiencia imparcial estatal en línea. Esto le permitirá realizar un seguimiento y administrar su apelación en línea, ver fechas y avisos importantes relacionados con la Audiencia imparcial estatal y enviar la documentación.

- Si desea presentar una Apelación de Audiencia imparcial estatal relacionada con sus servicios o artículos médicos, o servicios de Exención para adultos mayores (Programa de atención comunitaria [CCP]), envíe su solicitud por escrito a:

Illinois Department of Healthcare and Family Services
Bureau of Administrative Hearings
69 W. Washington Street, 4th Floor
Chicago, IL 60602
Facsímile: (312) 793-2005
Correo electrónico: HFS.FairHearings@illinois.gov
O puede llamar al (855) 418-4421,
TTY: (800) 526-5812

Si desea presentar una Apelación de Audiencia imparcial estatal relacionada con servicios o artículos de salud mental, servicios de consumo de sustancias, servicios de exención para personas con discapacidades, servicios de exención por lesión cerebral traumática, servicios de exención por VIH/ SIDA o cualquier servicio del Programa de servicios en el domicilio (HSP), envíe su solicitud por escrito a:

Illinois Department of Human Services
Bureau of Hearings
69 W. Washington Street, 4th Floor
Chicago, IL 60602
Facsímile: (312) 793-8573
Correo electrónico: DHS.HSPApeals@illinois.gov
O puede llamar al (800) 435-0774,
TTY: (877) 734-7429

Proceso de Audiencia imparcial estatal

Un Funcionario de Audiencias Imparciales autorizado para llevar a cabo audiencias imparciales estatales realizará la audiencia. Recibirá una carta de la Oficina de Audiencias correspondiente en la que se le informará la fecha, hora y lugar de la audiencia. En esta carta, también se proporcionará información sobre la audiencia. Es importante que lea esta carta con detenimiento. Si desea crear una cuenta en <https://abe.illinois.gov/access/appeals>, puede acceder a todas las cartas relacionadas con su proceso de Audiencia

imparcial estatal a través de su Cuenta de apelaciones de ABE. También puede cargar documentos y ver citas.

Al menos tres días hábiles antes de la audiencia, recibirá información de CountyCare. Esto incluirá todas las pruebas que presentaremos en la audiencia. Esto también se enviará al Funcionario de Audiencias Imparciales. Debe proporcionar toda la evidencia que presentará en la audiencia a CountyCare y al Funcionario de Audiencias

Imparciales, al menos, tres días hábiles antes de la audiencia. Esto incluye una lista de todos los testigos que comparecerán en su nombre, así como todos los documentos que utilizará para respaldar su apelación.

Deberá notificar a la Oficina de Audiencias correspondiente sobre cualquier adaptación que pueda necesitar. Su audiencia puede realizarse por teléfono. Asegúrese de proporcionar el mejor número de teléfono para comunicarnos con usted durante el horario comercial en su solicitud de Audiencia imparcial estatal. Se puede grabar la audiencia.

Continuación o aplazamiento

Puede solicitar una continuación durante la audiencia o un aplazamiento antes de la misma, que puede otorgarse si existe una causa adecuada. Si el Funcionario de Audiencias Imparciales está de acuerdo, usted y todas las partes de la apelación serán notificados por escrito sobre una nueva fecha, hora y lugar. El plazo para completar el proceso de apelación se extenderá durante el momento de la continuación o el aplazamiento.

No comparecencia a la audiencia

Su apelación será desestimada si usted o su representante autorizado no se presentan a la audiencia en la fecha, hora y lugar que se indican en la notificación y no ha solicitado un aplazamiento por escrito. Si su audiencia se lleva a cabo por teléfono, su apelación será desestimada si no responde el teléfono a la hora programada para la apelación. Se enviará un aviso de desestimación a todas las partes de la apelación.

Su audiencia puede reprogramarse si nos notifica dentro de los **10 días calendario** a partir de la fecha en que recibió el aviso de desestimación si el motivo de que no se haya presentado fue el siguiente:

- Una muerte en la familia.
- Una enfermedad o lesión personal que le haya imposibilitado que esté presente.
- Una urgencia repentina e imprevista.

Si se reprograma la audiencia de apelación, la Oficina de Audiencias le enviará a usted o a su representante autorizado una carta para reprogramar la audiencia con copias a todas las partes de la apelación.

Si rechazamos su solicitud de reprogramar su audiencia, recibirá una carta por correo postal en la que se le informará nuestra denegación.

Decisión de la Audiencia imparcial estatal

La Oficina de Audiencias correspondiente le enviará a usted y a todas las partes interesadas una decisión administrativa final por escrito. La decisión también estará disponible en línea a través de su Cuenta de apelaciones de ABE. Esta decisión administrativa final solo se puede revisar a través de los Tribunales de Circuito del Estado de Illinois. El tiempo que el Tribunal de Circuito permitirá para la presentación de dicha revisión puede ser tan breve como 35 días a partir de la fecha de esta carta. Si tiene preguntas, comuníquese con el Funcionario de Audiencias.

Revisión externa (solo para servicios médicos)

Dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha del Aviso de decisión de apelación de CountyCare, puede decidir la solicitud de una revisión por parte de alguien externo a CountyCare. A esto se lo conoce como **revisión externa**. El revisor externo debe cumplir con los requisitos siguientes:

- Proveedor certificado por la junta con la misma especialidad o una similar a la de su proveedor tratante.
- Ejercicio actual.
- No tener ningún interés financiero en la decisión.
- No conocerlo y no conocerá su identidad durante la revisión.

La revisión externa no está disponible para apelaciones relacionadas con los servicios recibidos a través de la Exención para personas mayores, Exención para personas con discapacidades, Exención por lesión cerebral traumática, Exención por VIH/SIDA, o el Programa de servicios en el domicilio.

En su carta, debe solicitar una revisión externa de esa acción y debe enviarse a:

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

¿Qué sucede después?

- Revisaremos su solicitud para ver si cumple con los requisitos para una revisión externa. Disponemos de cinco días laborales para realizar esto. Le enviaremos una carta en la que se le informará si su solicitud cumple con estos requisitos. Si su solicitud cumple con los requisitos, en la carta figurará el nombre del revisor externo.
- Tiene cinco días hábiles a partir de la carta que le enviamos para enviar cualquier información adicional sobre su solicitud al revisor externo.

El revisor externo le enviará a usted y/o a su representante y a CountyCare una carta con su decisión dentro de los cinco días calendario posteriores a la recepción de toda la información que necesitan para completar su revisión.

Revisión externa acelerada

Si el plazo normal para una revisión externa puede poner en peligro su vida o su salud, usted o su representante pueden solicitar una revisión externa acelerada. Puede hacerlo por teléfono o por escrito. Para solicitar una revisión externa acelerada por teléfono, llame sin cargo a Servicios para Miembros al 312-864-8200/ 855-444-1661 (línea gratuita)/711 (TDD/TTY). Para solicitarla por escrito, envíenos una carta a la siguiente dirección. Solo puede solicitar una revisión externa sobre una acción específica una vez. En su carta, debe solicitar una revisión externa de esa acción.

CountyCare Health Plan
P.O. Box 21153
Eagan, MN 55121
Teléfono: 312-864-8200 / 855-444-1661

(línea gratuita) / 711 (TDD/TTY)
Fax: 312-548-9940

¿Qué sucede después?

- Una vez que recibamos la llamada telefónica o la carta en la que se solicita una revisión externa acelerada, revisaremos de inmediato su solicitud para ver si califica para una revisión externa acelerada. De ser así, nos comunicaremos con usted o su representante para proporcionarle el nombre del revisor.
- También le enviaremos la información necesaria al revisor externo para que pueda comenzar su revisión.
- Tan pronto como su afección lo requiera, pero no más de dos días hábiles después de recibir toda la información necesaria, el revisor externo tomará una decisión sobre su solicitud. Le informarán a usted y/o a su representante y a CountyCare cuál es su decisión verbalmente. También le enviarán una carta a usted y/o a su representante y a CountyCare con la decisión dentro de las 48 horas

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Debemos respetar sus derechos como miembro de CountyCare y no podemos imponerle sanciones por ejercerlos.

Derechos de los Miembros

- Recibir un tratamiento en el que resida el respeto y la dignidad en todo momento.
- Mantener la privacidad de su información médica personal y sus registros médicos, excepto en los casos que lo permita la ley.
- Tener protección contra casos de discriminación.
- No sufrir ninguna forma de restricción o aislamiento que se utilice como forma de forzar, controlar y facilitar represalias o contraataques.
- Recibir información, incluida la Guía para miembros de CountyCare en otros idiomas, como audio, letra grande o Braille.

- Usar los servicios de un intérprete en caso de ser necesario.
- Tener una conversación honesta con su proveedor sobre las opciones de tratamiento adecuadas o que sean necesarias desde el punto de vista clínico para sus afecciones, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles. Esto incluye el derecho a solicitar una segunda opinión. Los proveedores deben explicar las opciones de tratamiento que tiene de una manera que usted comprenda.
- Recibir la información necesaria para participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento y opciones de atención médica.
- Rechazar el tratamiento y que se le informe lo que puede suceder con su salud si lo hace.
- Recibir una copia de su historial médico y, en algunos casos, solicitar que se modifique o corrija.
- Elegir su Proveedor de atención primaria (PCP) de CountyCare. Puede cambiar a su PCP en cualquier momento.
- Presentar una reclamación (a veces llamada reclamo) o una apelación sobre CountyCare o la atención que recibió sin temor a recibir malos tratos o reacciones negativas de cualquier tipo. Le informarán a usted y/o a su representante y a CountyCare cuál es su decisión verbalmente. También le enviarán una carta a usted y/o a su representante y a CountyCare con la decisión dentro de las 48 horas.
- Apelar una decisión que haya tomado CountyCare por teléfono o por escrito.
- Contar con un intérprete durante cualquier proceso de reclamación o apelación.
- Solicitar y recibir en un tiempo razonable información sobre CountyCare Health Plan y sus proveedores, servicios y políticas.
- Recibir información sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros de CountyCare. También tiene derecho a sugerir cambios en esta política.

- Recibir servicios de atención médica de manera que cumplan con la ley federal y estatal. CountyCare debe permitirle que los servicios cubiertos sean accesibles. Los servicios deben estar a disposición las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Responsabilidades de los Miembros

- Trate a su doctor y al personal del consultorio con amabilidad y respeto.
- Lleve su tarjeta de identificación de CountyCare cuando vaya a sus citas médicas y a la farmacia a retirar sus medicamentos con receta.
- Asista a sus citas y sea puntual.
- Si no puede asistir a sus citas, cancélelas con anticipación.
- Proporcione la mayor cantidad de información posible para que CountyCare y sus proveedores puedan brindarle la mejor atención posible.
- Conozca cuáles son sus problemas de salud y participe en la toma de decisiones sobre sus objetivos de tratamiento tanto como sea posible.
- Siga las instrucciones y el plan de tratamiento acordados entre usted y su doctor.
- Infórmele a CountyCare y a su coordinador de cuidado si cambia su domicilio o número de teléfono.
- Infórmele a CountyCare y a su coordinador de cuidado si tiene otro seguro y siga esas pautas.
- Lea su Guía para Miembros para saber qué servicios están cubiertos y si hay reglas especiales.

Calificaciones de los proveedores e incentivos para los doctores

Tiene derecho a recibir información sobre nuestros proveedores. Esto incluye lo siguiente:

- Educación
- Certificación de la junta
- Recertificación

Tiene derecho a preguntar si tenemos acuerdos financieros especiales con nuestros médicos que puedan afectar el acceso a las derivaciones y otros servicios que pudiera necesitar. Comuníquese con nosotros para recibir esta información.

Instrucciones previas

Tiene derecho a decidir sobre su atención médica. Una instrucción previa es una decisión por escrito que usted toma sobre su atención médica en el futuro en caso de que se enferme gravemente como para tomar una decisión en ese momento. En Illinois, existen cuatro tipos de instrucciones previas:

- **Poder notarial para la atención médica:** le permite elegir a una persona para que tome decisiones sobre su atención médica si está demasiado enfermo como para decidir por sí mismo. Puede imprimir un archivo desde el sitio web de CountyCare: <https://dph.illinois.gov/content/dam/soi/en/web/idph/files/forms/powerofattorneyhealthcareform.pdf>
- **Testamento en vida:** le indica a su doctor y a otros proveedores qué tipo de atención desea si tiene una enfermedad terminal. Por enfermedad terminal se entiende que su afección no mejorará.
- **Preferencia de servicios de salud mental:** le permite decidir si desea recibir algunos tipos de tratamiento de salud mental que podrían ayudarlo.
- **Órdenes de no resucitar/órdenes del médico para tratamiento de soporte vital (DNR/POLST):** le indica a su familia, a todos sus doctores y a otros proveedores lo que desea hacer en caso de que se detenga su corazón o respiración. También se puede utilizar para escribir lo que desea sobre el tratamiento de soporte vital.

Puede obtener más información sobre instrucciones previas a través de su plan de seguro médico o doctor. Al ingresar en el hospital, es posible que le pregunten si cuenta con uno. No es necesario que reciba uno. No es necesario que cuente con un plan de seguro médico para recibir atención médica, aunque la mayoría de los hospitales le sugieren que cuente con uno. Puede elegir tener una o más de estas instrucciones previas si lo desea y puede cancelarlas o cambiarlas en cualquier momento.

Puede indicar lo que desea en la atención médica mientras esté saludable y con capacidad para decidir. Una instrucción previa es una declaración por escrito sobre cómo desea que se tomen las decisiones médicas cuando ya no tenga la capacidad para hacerlo.

La ley federal exige que se le informe de su derecho a realizar una instrucción previa cuando sea ingresado a un centro de atención médica. También deben preguntarle si ha expresado sus deseos por escrito.

Nadie puede obligarlo a completar una instrucción previa. Usted decide si quiere realizar una instrucción previa. Cualquier persona mayor de 18 años que esté en pleno uso de sus facultades mentales y pueda tomar sus propias decisiones puede realizar una instrucción previa. No necesita un abogado para completar una instrucción previa. No obstante, puede optar por consultar con un abogado.

Hable con su proveedor para que le proporcionen un formulario de instrucción previa. También puede llamar a Servicios para Miembros para que le proporcionen un formulario de instrucción previa.

Fraude, despilfarros y abusos

Todos tienen la responsabilidad de notificar fraudes, despilfarros y abusos.

Infórmenos si cree que un doctor, dentista, farmacéutico de una farmacia o cualquier otro proveedor de atención médica, o incluso una persona que recibe beneficios, accionan de manera inapropiada.

Dentro de las acciones inapropiadas se incluyen los fraudes, despilfarros o abusos, que son ilegales.

- El fraude es cuando alguien recibe beneficios o pagos a los que no tiene derecho.
- El desperdicio es cuando alguien usa en exceso o de manera indebida los servicios, recursos o materiales del programa Medicaid, lo que genera costos innecesarios.
- El abuso es cuando alguien causa daños o lesiones financieras.

El fraude, el despilfarro y el abuso (FWA) son todos incidentes que deben denunciarse.

Díganos si cree que alguien:

- Recibe pagos por servicios que no se proporcionan o son innecesarios.
- No dice la verdad sobre la afección médica para recibir el tratamiento médico.
- Usa en forma inadecuada sus beneficios del plan.
- Permite que otra persona utilice su identificación de CountyCare.
- Utiliza la identificación de CountyCare de otra persona.

- No dice la verdad sobre la cantidad de dinero o los recursos que tiene para obtener los beneficios.

CountyCare le enviará cartas de vez en cuando para pedirle que confirme que recibió servicios médicos. Revise y responda estas cartas. Esto los ayuda a evitar los FWA. Existen muchas formas de notificar los FWA.

¿Qué puedo hacer?

Si considera que el proveedor de atención médica o una persona que obtiene beneficios están haciendo algo mal, debe informarlo de inmediato. Se mantendrá en anonimato toda la información.

Existen muchas formas de denunciar fraudes, despilfarros y abusos:

Línea directa para denuncias de fraudes, despilfarros y abusos de CountyCare

844-509-4669

Servicios para Miembros de CountyCare

312-864-8200

855-444-1661

711 (TDD/TTY)

Línea directa para reportar fraudes de bienestar/Medicaid del HFS

844-453-7283

844-ILFRAUD

Oficina del Inspector General del DHS

800-368-1463 I

Departamento sobre Envejecimiento de Illinois

866-800-1409

888-206-1327 (TTY)

Línea de ayuda para personas mayores

800-252-8966

DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD

Declaración de no discriminación

La discriminación va en contra de la ley. CountyCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. CountyCare no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

CountyCare:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el **Departamento de Servicios para Miembros de CountyCare** al 312-864-8200/855-444-1661 (línea gratuita)/711 (TDD/TTY).

Si considera que CountyCare no le ha brindado estos servicios o recibió otro tipo de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

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

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o a través de nuestro sitio web. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de quejas y apelaciones de CountyCare está disponible para ayudarlo. Próximo párrafo: También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, o por correo o teléfono a:

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)
Complaint forms are available at
<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Inglés:

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

Español:

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

Polaco:

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

Chino:

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 (línea gratuita) / 711.

Coreano:

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

Tagalo:

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 312-864-8200 / 855-444-1661 (línea gratuita) / 711.

Árabe:

تدعاسملا تامدخ نإف، ةغلل ركذا تدحتت تنك اذا: تظوحلم 312
مقرب لصتا. ناجملاب لكل رفاوتت ةيوغلا
مكبلا او مصلا فتاه مؤر) 864-8200 / 855-444-1661 / 711
312-864-8200 / 855-444-1661 (toll-free) / 711).

Ruso

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

Guyaratí

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

Urdu

نابز وک پآ وت، سی ے تلوب ودرآ پآ رگا: رادربخ
لاک - سی ہایت سد سی ت فم تامدخ ی ک دم ی ک
312-864-8200 / 855-444-1661 (toll-free) (TTY: 711).

Vietnamita

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 (toll-free) (TTY: 1-711).

Italiano

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

Hindi

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

Francés

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

Griego

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

Alemán

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

Ucraniano

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

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE COUNTYCARE

Este aviso le informa cómo su plan de salud puede usar y compartir su información médica. También describe cómo puede acceder a su propia información médica. Léalo detenidamente.

¿De qué trata este documento?

Este documento, denominado Aviso de prácticas de privacidad, le informa cómo CountyCare puede usar y compartir su información médica. Debemos mantener su información médica privada y segura. Le informaremos si ocurre un incumplimiento que afecte la privacidad o la seguridad de su información. El aviso también explica cómo puede obtener acceso a su propia información médica.

¿Qué es la información médica?

Las palabras “información médica” significan cualquier información que lo identifique. Algunos ejemplos incluyen su nombre, fecha de nacimiento, información sobre la atención médica que recibió o montos pagados por su atención.

¿Por qué me entregan esto?

La ley nos exige que le proporcionemos este aviso. Debemos seguir las prácticas descritas en este aviso. No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos indica que podemos compartir su información, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

¿Quién cumple con este aviso?

Todos los empleados, contratistas, consultores, proveedores, voluntarios y otros profesionales de la salud y organizaciones que trabajan con CountyCare cumplen con este aviso.

Cómo usamos y compartimos su información médica

Para administrar su tratamiento de atención médica. Usaremos y compartiremos su información médica para ayudar con su atención médica.

Por ejemplo: un doctor nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.

Por ejemplo: podemos compartir su información médica con una agencia de servicios que organice servicios de vivienda con apoyo en la atención médica.

Para operaciones de atención médica. Usaremos y compartiremos su información médica con el fin de que nos permita hacer nuestro trabajo. Podemos comunicarnos con usted cuando sea necesario. No se nos permite usar información genética para decidir si le brindaremos cobertura y el precio de esa cobertura.

Por ejemplo: usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted o para asegurarnos de que reciba servicios adecuados.

Por ejemplo: enviamos datos relacionados con su información médica al estado para demostrar que

estamos cumpliendo con nuestro contrato.

Para pagar sus servicios de salud. Usaremos y compartiremos su información médica a medida que pagamos sus servicios médicos.

Por ejemplo: compartimos información sobre usted con su plan de recetas para coordinar el pago de sus recetas.

Para administrar su plan. Podemos compartir su información médica con otras empresas para la administración del plan.

Por ejemplo: compartimos su información con una empresa de transporte para asegurarnos de que llegue a su cita importante.

Con socios comerciales. Podemos compartir su información médica con otra empresa, llamada socio comercial, que contratamos para que nos brinde un servicio o en nuestro nombre. Solo compartiremos su información si el socio comercial ha acordado por escrito mantener la privacidad y seguridad de la información médica.

Maneras en las que usamos o compartimos su información médica con su permiso

Puede elegir cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones. Si no puede decirnos su preferencia, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted.

Con personas involucradas en el pago de su atención médica. Podemos compartir su información médica con sus familiares, amigos u otras personas que estén involucradas en su atención médica o que ayuden a pagarla. Tiene derecho a solicitar que no compartamos su información con ciertas personas, pero debe informarnos.

Para compartir información sobre beneficios, servicios y alternativas de tratamiento relacionados con la salud. Podemos informarle sobre servicios, productos, posibles tratamientos o alternativas de salud disponibles para usted. No podemos vender su información médica sin su permiso por escrito.

Información confidencial. Algunos tipos de información médica son muy confidenciales. La ley puede exigir que obtengamos su permiso por escrito para compartir esta información. La información médica confidencial puede incluir pruebas genéticas, pruebas de VIH/SIDA, diagnóstico o tratamiento, salud mental, consumo de alcohol y sustancias, agresión sexual o fertilización in vitro. También se requiere su permiso para el uso y el intercambio de notas de psicoterapia.

Uso de su información para nuestra comercialización. No podemos usar ni divulgar su información médica con fines de comercialización, a menos que tengamos su permiso por escrito.

Venta de su información. No podemos vender su información médica, a menos que nos proporcione su permiso por escrito.

Cómo debemos compartir su información médica

También debemos compartir su información en situaciones que ayuden a contribuir al bien público o la seguridad. Debemos cumplir con muchas condiciones establecidas por la ley antes de poder compartir su información para estos fines.

Investigación. Podemos usar o compartir su información con fines de investigación médica.

Salud pública y seguridad. Es posible que compartamos su información de salud por motivos de salud pública y seguridad. Por ejemplo:

- Prevenir o controlar una enfermedad.
- Ayudar a notificar información sobre productos inadecuados.
- Notificar reacciones adversas a medicamentos.
- Informar que puede haber estado expuesto a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.
- A su empleador en ciertas instancias limitadas.

Abuso y negligencia. Es posible que tengamos que compartir su información para denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica a agencias estatales y federales. Es probable que le notifiquen que estamos compartiendo esta información con estas agencias.

Para socorro en caso de desastre. Es posible que compartamos su información médica en una situación de socorro en caso de desastre.

Prevenir una amenaza grave a la seguridad. Es posible que usemos y compartamos su información médica para prevenir o reducir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas.

Cumplir con la ley. Debemos compartir su información médica cuando las leyes federales o estatales así lo exijan.

Como parte de procedimientos legales. Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o una citación. Solo compartiremos la información que se indica en la orden. Si recibimos otras solicitudes legales, podemos compartir su información médica si nos informan que usted la conoce y no se opone a la divulgación.

Con la seguridad pública. Debemos compartir su información médica cuando la ley o el proceso judicial nos lo exijan, incluso para lo siguiente:

- Identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida
- Obtener información sobre una víctima real o presunta de un delito

También podemos compartir información con la seguridad pública si creemos que una muerte fue debido a un delito o para denunciar delitos en nuestra propiedad o en un caso de emergencia.

Durante una investigación. Compartiremos su información con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si la solicitan como parte de una investigación por incumplimiento de la privacidad.

Funciones gubernamentales especiales. Es posible que compartamos su información de salud con:

- Oficiales federales autorizados
- Militares
- Con finalidad de actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional
- Con finalidad de protección al presidente

Peritos forenses, médicos forense y directores de funerarias. Podemos compartir información médica con un perito forense o médico forense para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos compartir información médica con directores de funerarias si la necesitan para realizar su trabajo.

Actividades de supervisión de la salud. Ciertas agencias de salud están a cargo de supervisar los sistemas de atención médica y los programas gubernamentales o de asegurarse de que se cumplan las leyes de derechos civiles. Podemos compartir su información con estas agencias para estos fines.

Donación de tejidos y órganos. Si usted es donante de órganos, podemos divulgar información médica a las organizaciones a cargo de obtener, transportar o trasplantar un órgano, un ojo o un tejido.

Compensación de trabajadores. Podemos compartir su información médica con agencias o individuos para cumplir con las leyes de compensación de trabajadores u otros programas similares.

Sus derechos sobre a su información médica

Tiene derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitarnos que limitemos las formas en que usamos y compartimos su información médica para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. No tenemos que estar de acuerdo si esto afectaría su atención.

Debe presentar su solicitud por escrito, y debe estar firmada y fechada. Debe describir la información que desea limitar e indicarnos quién no debe recibir esta información. Debe enviar su solicitud por escrito a la Oficina de Cumplimiento Corporativo, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. Le informaremos si estamos de acuerdo con su solicitud o no.

En caso de que no lo estemos, cumpliremos con su solicitud, a menos que se requiera la información para brindarle tratamiento en caso de una emergencia.

Tiene derecho a obtener una copia de sus registros médicos y de reclamaciones. Tiene derecho a leer u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamaciones y otra información médica que tengamos sobre usted.

Para ver y obtener copias de su información, debe completar su solicitud por escrito. Le entregaremos una copia o un resumen de su registro médico y de reclamaciones dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Si solicita una copia de su registro médico y de reclamaciones, podemos cobrarle una tarifa justificable sobre la base del costo de la copia, el envío por correo u otros gastos asociados con su solicitud.

Tiene derecho a solicitar cambios. Puede solicitarnos que cambiemos su información médica o registro de pagos si cree que es incorrecto o está incompleto. Debe enviarnos una solicitud por escrito y debe indicar el motivo por el cual desea el cambio. No estamos obligados a aceptar realizar el cambio. Si no aceptamos el cambio que solicita, le informaremos el motivo dentro de los 60 días por escrito. Luego, puede enviar otra solicitud en la que no esté de acuerdo con nosotros. Se adjuntará a la información que desea cambiar o corregir.

Tiene derecho a solicitar una comunicación confidencial. Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de su casa u oficina) o le enviemos correo a una dirección diferente. Consideraremos todas las solicitudes razonables. Debemos aceptar si nos dice que correría peligro si no cumplimos con su solicitud.

Tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones. Tiene derecho a solicitar por escrito una lista de las veces que hemos compartido su información médica en los últimos seis años. La lista incluirá con quién la compartimos, la fecha en que se compartió y el motivo. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y cualquier divulgación que nos haya solicitado que realicemos. Le proporcionaremos un informe por año de manera gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses. Su solicitud por escrito debe designar un plazo.

Tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Le proporcionaremos una copia de inmediato.

Usted tiene derecho a elegir a alguien que actúe en su representación. Si ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su representación antes de que tomemos alguna medida.

Iniciativas de divulgación del VIH

CountyCare está trabajando con el estado de Illinois para impedir nuevos casos de VIH. El Departamento de Salud Pública de Illinois está compartiendo los datos que posee sobre el VIH con Medicaid de Illinois y las organizaciones de cuidado médico administrado de Medicaid de Illinois para brindar una mejor atención a las personas que viven con el VIH. El nombre, la fecha de nacimiento, el número de Seguro Social, la

condición de VIH y otra información se comparten de manera segura para todos los miembros de Medicaid.

Cambios a este aviso

Podemos cambiar nuestras políticas de privacidad, procedimientos y este Aviso en cualquier momento, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. Si modificamos este Aviso, publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web y le enviaremos una copia por correo postal.

¿Y SI NECESITO REPORTAR UN PROBLEMA?

Si no está satisfecho y reporta un problema no usaremos su queja en su contra.

Si usted cree que CountyCare ha violado sus derechos de privacidad en este Aviso, puede presentar una queja con CountyCare o con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services). Puede presentar una queja con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services) enviando una carta a:

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

También puede llamar al 1-877-696-6775 o visitar www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

Puede comunicarse con el Oficial de Cumplimiento y Privacidad de CountyCare (CountyCare Compliance and Privacy Officer) para hablar sobre cualquier preocupación que tenga usando la información a continuación:

Office of Corporate Compliance
Cook County Health & Hospitals System
1900 West Polk, Suite 123
Chicago, IL 60612
Teléfono: 1-877-476-1873

CERTIFICADO DE COBERTURA



Oficinas Administrativas (Administrative Offices)
Harrison Square
605 W. Wolcott Avenue, 5th Floor
Chicago, IL 60612
312-864-8200
855-444-1661 (toll-free)
711 (TDD/TTY)

*Si tiene cualquier duda, por favor llame al
Departamento de Servicios para Miembros.*

www.countycare.com

UPDATED: 02.04.25

