



Certificado de cobertura



CÓMO UTILIZAR SU CERTIFICADO

Le recomendamos que lea este certificado en su totalidad. Muchos de los elementos que componen este certificado se relacionan entre sí. Es posible que la lectura de solo uno o dos elementos no le permita comprenderlo con claridad.

Muchas palabras de este certificado tienen un significado especial. Estos términos aparecen en mayúsculas y se definen en la sección I. Si utiliza estas definiciones, su comprensión será más clara.

El presente certificado podrá ser objeto de enmiendas, modificaciones o rescisión por mutuo acuerdo entre el condado de Cook —a través del Sistema de Salud y Hospitales del Condado de Cook, gestor del Plan de Salud CountyCare (Plan de Salud)— y el Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois, sin que sea necesario el consentimiento de ningún miembro. Se informará a los miembros sobre dichos cambios lo antes posible tras su implementación. Al optar por la cobertura de atención médica del Plan de Salud, los miembros aceptan todos los términos y condiciones que figuran en el presente certificado.

ÍNDICE

Descripción de la cobertura 3

Proveedor de atención primaria (PCP) y proveedor especialista en salud de la mujer (WHCP)..... 8

Servicios para miembros 8

Definiciones..... 9

Quejas y apelaciones 11

Derechos y responsabilidades..... 16

Aviso sobre las prácticas de privacidad de CountyCare20

Certificado de cobertura

El presente certificado fue expedido por el condado de Cook a través de su Sistema de Salud y Hospitales del Condado de Cook, entidad patrocinante del Plan de Salud CountyCare, que opera como Red Comunitaria de Atención Gestionada (Managed Care Community Network, MCCN) del condado. En virtud de la inscripción del miembro, el Plan de Salud CountyCare proporcionará y/o se encargará de coordinar los servicios de atención médica cubiertos al miembro, de conformidad con lo dispuesto en el presente certificado.

EN FE DE LO CUAL, el Plan de Salud dispuso que el presente certificado sea firmado por su funcionario debidamente autorizado, en la fecha que se indica a continuación, por lo que el presente certificado de cobertura entrará en vigor en la fecha que se indica a continuación.

Plan de Salud CountyCare



Aaron Galeener, director administrativo

Plan de Salud CountyCare

Sistema de Salud y Hospitales del Condado de Cook

1.º ene 2026

Descripción de la cobertura

La Ley de Reforma de la Atención Gestionada y de los Derechos del Paciente de 1999 estableció los derechos de los miembros de los planes de atención médica. Entre estos derechos incluyen:

- Qué visitas a la sala de emergencias cubrirá su plan de atención médica.
- Cómo se puede acceder a los especialistas (dentro y fuera de la red).
- Cómo presentar reclamaciones y apelaciones sobre las decisiones de los planes de atención médica (incluidas las revisiones externas independientes).
- Cómo obtener información sobre su plan de atención médica, incluida información general sobre sus acuerdos financieros con los proveedores.

Le recomendamos que revise estos temas y se familiarice con ellos, así como con el resto de la información sobre beneficios que figura en la hoja de trabajo “Descripción de la cobertura”. Dado que esta hoja de trabajo no es un documento legal, para obtener información completa sobre los beneficios, consulte su contrato o su certificado, o póngase en contacto con su plan de atención médica. En caso de que exista alguna discrepancia entre la descripción de su cobertura y el contrato o el certificado, prevalecerán los términos de estos últimos.

Si necesita ayuda o información general, póngase en contacto con el Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois llamando al 800-226-0768. Tenga en cuenta que el Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois no podrá suministrarle información específica sobre los planes. Para obtener este tipo de información, debe ponerse en contacto directamente con su plan de atención médica.

Descripción de la cobertura

Conceptos básicos sobre la cobertura

Su médico	• La elección de un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) se realiza al momento de la inscripción. • Una mujer puede elegir un proveedor especialista en salud de la mujer (Woman’s Health Care Provider, WHCP) al momento de la inscripción o en cualquier momento posterior. • Estas opciones pueden modificarse en cualquier momento llamando al servicio de atención al miembro.
Deducible anual	Ninguno
Gastos de su propio bolsillo	Ninguno
Límites máximos de por vida	Ninguno
Limitaciones relativas a enfermedades preexistentes	Ninguno

Servicios cubiertos

A continuación, se incluye una lista de algunos de los servicios médicos y beneficios que cubre CountyCare:

- Los servicios de interrupción voluntaria del embarazo están cubiertos por Medicaid (no por CountyCare) mediante el uso de su tarjeta médica de los Servicios de Atención Médica y Familia (Healthcare and Family Services, HFS) de Illinois
- Servicios de enfermería avanzada
- Terapia y servicios de Análisis del Comportamiento Aplicado (Applied Behavior Analysis, ABA)
- Servicios de centros de tratamientos quirúrgicos ambulatorios
- Dispositivos de comunicación asistida y aumentativa
- Servicios de audiología
- Sangre, componentes sanguíneos y su administración
- Cobertura quiropráctica para miembros mayores de 21 años
- Servicios odontológicos, incluidos cirujanos orales
- Servicios de doula
- Servicios de pruebas de detección precoz y periódica, diagnóstico y tratamiento para los miembros menores de 21 años

- Servicios y artículos de planificación familiar
 - Centros de salud acreditados a nivel federal, centros de salud rurales y otras visitas a clínicas con tarifa por consulta
 - Atención para la afirmación de género
 - Asesoramiento y pruebas genéticas
 - Visitas de la agencia de atención médica a domicilio
 - Visitas al departamento de emergencias del hospital, servicios de hospitalización y servicios ambulatorios
 - Servicios de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias en régimen de hospitalización en una institución de atención para enfermedades mentales (institution for mental diseases, IMD), cuando resulte médicamente adecuado
 - Servicios de laboratorio y radiografías
 - Servicios de asesoramiento sobre lactancia
 - Artículos médicos, equipos, prótesis y ortesis
 - Servicios de salud mental prestados en el marco de la opción de clínicas de Medicaid, la opción de rehabilitación de Medicaid y la opción de gestión de casos específicos
 - Servicios de centros de atención para personas mayores
 - Atención de enfermería destinada a facilitar la transición de los niños del hospital a su domicilio u otro entorno adecuado para los miembros menores de 21 años
 - Servicios y artículos ópticos
 - Servicios de optometría
 - Servicios de cuidados paliativos y de atención terminal
 - Servicios de farmacia
 - Servicios de terapia física, ocupacional y del habla
 - Servicios médicos
 - Servicios de podología
 - Servicios posteriores a la estabilización
 - Visitas al consultorio para miembros con necesidades especiales
 - Servicios de diálisis renal
 - Equipo y artículos respiratorios
 - Servicios destinados a prevenir enfermedades y promover la salud
 - Cuidados de enfermería especializada
 - Servicios para el alcoholismo subagudo y el consumo de sustancias, tratamiento diurno residencial y tratamiento diurno de desintoxicación
 - Trasplantes*
 - Transporte a los servicios cubiertos
 - Servicios oftalmológicos
- * La cobertura de CountyCare Access (Beneficios de Salud para Inmigrantes Mayores [Health Benefits for Immigrant Seniors, HBIS]) se limita a trasplantes de células madre y de riñón. No se cubre ningún otro órgano para trasplante en el caso de este grupo.

Servicios cubiertos a domicilio y en la comunidad (solo para beneficiarios del programa de exención)

A continuación, se incluye una lista de los beneficios que CountyCare cubre para los miembros que participan en un programa de exención domiciliaria y comunitaria.

PROGRAMA DE EXENCIÓN DE HCBS	SERVICIOS	EL PROVEEDOR DEBE OBTENER UNA AUTORIZACIÓN PREVIA
Departamento para el Envejecimiento (Department of Aging, DoA) <i>Personas mayores</i>	Servicio de atención diurna para adultos Transporte a los servicios diurnos para adultos Ama de casa Servicio de dispensación automatizada de medicamentos (Automated medication dispenser service, AMDS) Sistema de respuesta ante emergencias personales (Personal emergency response system, PERS)	Es posible que necesite una autorización previa por nuestra parte antes de recibir los servicios cubiertos

PROGRAMA DE EXENCIÓN DE HCBS	SERVICIOS	EL PROVEEDOR DEBE OBTENER UNA AUTORIZACIÓN PREVIA
División de Servicios de Rehabilitación (Division of Rehabilitation Services, DRS) <i>Personas con discapacidades</i>	Servicio de atención diurna para adultos Transporte a los servicios diurnos para adultos Adaptaciones de accesibilidad ambiental para su hogar Atención médica a domicilio Enfermería intermitente Cuidados de enfermería especializada: enfermero registrado (Registered Nurse, RN) y auxiliar de enfermería con licencia (Licensed Practical Nurse, LPN) Terapia ocupacional Fisioterapia Terapia del habla Ama de casa Comidas a domicilio Proveedor individual/asistente personal Relevo Equipos y artículos médicos especializados Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)	Es posible que necesite una autorización previa por nuestra parte antes de recibir los servicios cubiertos
División de Servicios de Rehabilitación (Division of Rehabilitation Services, DRS) <i>Personas con VIH o sida</i>	Servicio de atención diurna para adultos Transporte a los servicios diurnos para adultos Adaptaciones de accesibilidad ambiental para su hogar Atención médica a domicilio Enfermería intermitente Cuidados de enfermería especializada: enfermero registrado (RN) y auxiliar de enfermería con licencia (LPN) Terapia ocupacional Fisioterapia Terapia del habla Ama de casa Comidas a domicilio Proveedor individual/asistente personal Relevo Equipos y artículos médicos especializados Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)	Es posible que necesite una autorización previa por nuestra parte antes de recibir los servicios cubiertos

División de Servicios de Rehabilitación (Division of Rehabilitation Services, DRS) <i>Personas con lesión cerebral</i>	Servicio de atención diurna para adultos Transporte a los servicios diurnos para adultos Adaptaciones de accesibilidad ambiental para su hogar Empleo con apoyo Atención médica a domicilio Enfermería intermitente Cuidados de enfermería especializada: enfermero registrado (RN) y auxiliar de enfermería con licencia (LPN) Terapia ocupacional Fisioterapia Terapia del habla Servicios de orientación prevocacional Ama de casa Comidas a domicilio Proveedor individual/asistente personal Relevo Equipos médicos especializados y artículos Servicios para el comportamiento: Maestría (MA) y Doctor en Medicina (MD) Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS) Servicios de rehabilitación diurna	Es posible que necesite una autorización previa por nuestra parte antes de recibir los servicios cubiertos
Servicios de atención médica y familiar (HealthCare and Family Services, HFS) <i>Programa de vida asistida</i>	Vivienda tipo apartamento Servicios complementarios Fomento de la salud y ejercicio físico Servicio de limpieza Lavandería Mantenimiento Supervisión de la medicación Servicios de enfermería intermitentes Cuidado personal Programas sociales y recreativos Respuesta y seguridad las 24 horas del día Comidas y refrigerios	Es posible que necesite una autorización previa por nuestra parte antes de recibir los servicios cubiertos

Servicios cubiertos de apoyo y servicios administrados a largo plazo (Managed Long Term Support & Services, MLTSS)

Los servicios y el apoyo cubiertos de atención a largo plazo para los miembros inscritos en el Programa de Apoyo y Servicios Administrados a Largo Plazo (MLTSS) incluyen:

- Determinados servicios ambulatorios de salud mental, como terapia grupal e individual, asesoramiento, tratamiento comunitario, seguimiento de la medicación y otros.
- Determinados servicios ambulatorios relacionados con el consumo de alcohol y sustancias, como terapia grupal e individual, asesoramiento, rehabilitación, servicios de metadona, seguimiento de la medicación y otros.
- Algunos servicios de transporte a las citas.
- Servicios de atención a largo plazo en centros especializados y de nivel intermedio.
- Todos los servicios de exención prestados en el domicilio y en la comunidad, como los enumerados anteriormente en la sección "Servicios cubiertos a domicilio y en la comunidad", siempre que califique.

Servicios no cubiertos

A continuación, se incluye una lista de algunos de los servicios médicos y beneficios que CountyCare no cubre:

- Servicios de carácter experimental o de investigación.
- Servicios prestados por un proveedor que no pertenece a la red y que no está autorizado por su Plan de Salud.
- Servicios que se prestan sin la autorización previa requerida.
- Cirugía estética electiva.
- Tratamiento de la infertilidad.
- Cualquier servicio que no sea médicamente necesario.
- Servicios prestados a través de los organismos educativos locales.

Si no está seguro de si un servicio concreto está cubierto, póngase en contacto con el servicio de atención al miembro por el 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada gratuita) / 711 (TDD/TTY). Podremos indicarle si un servicio está cubierto o no.

Atención de emergencia

Una emergencia médica es algo muy grave. Incluso podría poner en peligro la vida. Podría sufrir un dolor intenso, una lesión o una enfermedad. Si tiene una emergencia, llame al 9-1-1 de inmediato.

Algunos ejemplos de situaciones de emergencia son:

- infarto
- sangrado grave
- intoxicación
- dificultad para respirar
- fracturas óseas

Qué hacer en caso de emergencia:

- Diríjase al departamento de emergencias más cercano; puede ir a cualquier hospital u otro centro para recibir servicios de emergencia
- Llame al 9-1-1
- Llame a una ambulancia si no hay servicio del 9-1-1 en el área
- No es necesaria ninguna remisión
- Tampoco se necesita una autorización previa, pero tan pronto como su estado se estabilice, deberá llamar a su PCP para programar una consulta de seguimiento

Atención posterior a la estabilización

Después de una emergencia médica, se requieren servicios posteriores a la estabilización. CountyCare cubre estos servicios, los cuales pueden prestarse en el hospital, a domicilio o en un consultorio.

Para obtener una lista de los proveedores o centros que prestan estos servicios, puede consultar la lista de proveedores en countycare.com/find-a-provider llamar al servicio de atención al miembro al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada gratuita) / 711 (TDD/TTY). Su coordinador de atención también puede ayudarlo a organizar los servicios posteriores de estabilización.

Si padece una afección que se presenta con frecuencia, hable con su PCP sobre la posibilidad de elaborar un plan de emergencia médica. Si se ve obligado a ir a un hospital o a un proveedor que no forme parte de la red, llame a CountyCare lo antes posible y explíquenlo lo que ha ocurrido. Esto es importante para que podamos ayudarlo a recibir atención médica de seguimiento.

Atención especializada

Un especialista es un médico que lo atiende por una determinada afección médica. Un ejemplo de especialidad es la cardiología (salud cardíaca) o la ortopedia (huesos y articulaciones). Si su PCP considera que necesita consultar a un especialista, lo ayudará a elegir uno. Su PCP se encargará de coordinar su atención especializada. En algunos casos, es posible que se le asigne un médico especialista

como su PCP debido a una cualquier afección crónica que pueda padecer. No obstante, para que un especialista pueda ser su PCP, este debe aceptar prestarle ese nivel de atención.

Con CountyCare, no es necesario que lo remitan a un especialista, pero es recomendable que consulte primero a su PCP. Su PCP puede indicarle si es necesario consultar a un especialista y recomendarle especialistas adecuados para su afección médica concreta. Si necesita servicios de salud mental, no es necesario que cuente con una remisión, siempre y cuando consulte a un proveedor de CountyCare. Si necesita ayuda para programar una cita, póngase en contacto con su coordinador de atención o con el servicio de atención al miembro por el 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada gratuita) / 711 (TDD/TTY).

Atención médica fuera del estado

Si viaja fuera de Illinois y necesita servicios de emergencia, los proveedores de atención médica podrán atenderlo. Ellos nos enviarán las reclamaciones. Usted será responsable del pago de cualquier servicio que reciba fuera de Illinois si el proveedor no nos envía las reclamaciones o no acepta nuestro pago.

Los servicios de emergencia están cubiertos únicamente si se prestan en Estados Unidos. Los servicios de emergencia prestados fuera de los Estados Unidos no están cubiertos. En caso de atención médica urgente o rutinaria fuera de su lugar de residencia, deberá obtener la autorización de CountyCare para consultar a otro proveedor. Llame al servicio de atención al miembro por el 312-864-8200 / 855-444-1661 (línea gratuita) / 711 (TDD/TTY) para obtener esta autorización.

Atención fuera de la red

Debe recibir la atención médica de proveedores y hospitales que formen parte de la red. Puede consultar la lista de los proveedores y hospitales de la red en "[Find Care - CountyCare](#)" o puede llamar al servicio de atención al miembro por el 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada gratuita) / 711 (TDD/TTY). Deberá contar con la autorización de CountyCare si consulta proveedores que no pertenecen a la red. La única excepción se refiere al tratamiento de emergencia, los servicios de planificación familiar, los servicios odontológicos escolares y los hospitales gestionados por el estado.

Área de servicio

CountyCare solo está disponible para los miembros que viven en el condado de Cook.

Proveedor de atención primaria (PCP) y proveedor especialista en salud de la mujer (WHCP)

Cada miembro de CountyCare seleccionará, o se seleccionará en su nombre, un proveedor de atención primaria (PCP) o un proveedor especialista en salud de la mujer (WHCP), a través del cual se prestarán o coordinarán determinados servicios médicos de atención primaria y que se encargará de coordinar los demás servicios cubiertos que el miembro reciba de otros proveedores participantes. Además de un PCP, todas las miembros pueden elegir un WHCP. No es obligatorio contar con un WHCP ni seleccionarlo, pero existe esa opción. Si un miembro recibe servicios a través de un médico o proveedor de atención médica distinto de su PCP o WHCP, y dichos servicios no han sido ordenados por su PCP o WHCP ni autorizados por el Plan de Salud, dichos servicios no estarán cubiertos, salvo en caso de verdadera emergencia. Los miembros pueden cambiar de PCP o WHCP llamando al servicio de atención al miembro.

Servicios para miembros

CountyCare cuenta con un Departamento de Servicios al Miembro que está a su disposición para responder sus preguntas o resolver sus inquietudes. Si tiene alguna pregunta sobre las disposiciones de este certificado, sobre cómo obtener servicios de conformidad con este certificado o cualquier otra pregunta, póngase en contacto con el servicio de atención al miembro de CountyCare por el 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada gratuita) / 711 (TDD/TTY). El servicio de atención al miembro está disponible 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. El servicio de atención al miembro se encargará de:

- Sustituir las tarjetas de identificación
- Colaborar con la programación de citas
- Resolver las reclamaciones de los miembros
- Colaborar con la remisión a especialistas
- Prestar asistencia en los cambios de PCP y WHCP
- Prestar asistencia en quejas y apelaciones

Servicios cubiertos limitados

- Servicios de esterilización conforme a lo permitido por la ley estatal y federal. El proveedor deberá llenar el formulario 2189 de HFS y archivarlo en la historia clínica.
- Histerectomía, siempre que el proveedor llene el formulario 1977 de HFS y lo archive en la historia clínica.

Definiciones

Apelación se refiere a una solicitud para que su Plan de Salud vuelva a revisar una decisión.

Copago se refiere a un monto fijo (por ejemplo, \$15) que paga por un servicio de atención médica cubierto, normalmente al momento de recibir dicho servicio. El monto puede variar en función del tipo de servicio de atención médica cubierto.

Equipo médico duradero se refiere al equipo y artículos ordenados por un proveedor de atención médica para su uso diario o prolongado.

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

Transporte médico de emergencia se refiere a los servicios de ambulancia prestados en caso de una afección médica de emergencia.

Atención en la sala de emergencias se refiere a los servicios de emergencia que se reciben en una sala de emergencia.

Servicios de emergencia se refiere a la evaluación de una afección médica de emergencia y al tratamiento destinado a evitar que dicha afección empeore.

Servicios excluidos se refiere a los servicios de atención médica que su seguro médico o plan no paga ni cubre.

Queja se refiere a un reclamo que presenta ante su Plan de Salud.

Servicios y dispositivos de habilitación se refiere a los servicios que ayudan a una persona a mantener, adquirir o mejorar habilidades y el funcionamiento en la vida cotidiana. Entre los ejemplos se encuentra la terapia para un niño que no camina ni habla a la edad prevista. Estos servicios pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje y otros servicios destinados a personas con discapacidades en diversos entornos, tanto hospitalarios como ambulatorios.

Seguro médico se refiere a un contrato que obliga a su aseguradora de salud a pagar una parte o la totalidad de sus gastos médicos a cambio del pago de una prima.

Plan de Salud se refiere a una organización formada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. Además, cuenta con coordinadores de atención que lo ayudarán a gestionar sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para ofrecerle la atención que necesita.

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

Servicios de atención terminal se refiere a los servicios destinados a proporcionar consuelo y apoyo a las personas que se encuentran en las últimas fases de una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospitalización se refiere a la atención prestada en un hospital que requiere el ingreso del paciente y que, por lo general, implica pasar la noche en el centro. Una estancia de una noche en observación podría considerarse atención ambulatoria.

Atención ambulatoria hospitalaria se refiere a la atención prestada en un hospital que, por lo general, no requiere pasar la noche en el centro.

Medicamento necesario se refiere a los servicios o artículos médicos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o sus síntomas, y que cumplen con los estándares médicos aceptados.

Red se refiere a los centros, proveedores y distribuidores con los que su aseguradora o plan de salud firmó un contrato para prestar servicios de atención médica.

Farmacia de la red se refiere a una farmacia que aceptó dispensar los medicamentos recetados a los miembros de nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas solo están cubiertas si se dispensan en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red, “proveedor” o “proveedor del plan” es el término general que utilizamos para referirnos a los médicos, enfermeros y demás personas que le prestan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros centros que le proporcionan servicios de atención médica, equipo médico y servicios y apoyos a largo plazo.

- Cuentan con la licencia o certificación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y del estado de Illinois para prestar servicios de atención médica.
- Los denominamos “proveedores de la red” cuando aceptan colaborar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran ningún monto adicional a nuestros miembros.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá consultar a los proveedores de la red para recibir los servicios cubiertos.

Proveedor no participante se refiere al proveedor que no tiene contrato con su aseguradora o plan de salud para prestarle servicios. Tendrá que pagar más si consulta a un proveedor no participante. Revise su póliza para comprobar si puede consultar a todos los proveedores que tienen contrato con su plan de seguro médico o si su seguro médico o plan cuenta con una red por niveles y debe pagar un suplemento para consultar a determinados proveedores.

Fuera de la red se refiere a los servicios que se prestan fuera de la red de proveedores con los que el plan tiene contrato. En algunos casos, los gastos que debe pagar el beneficiario pueden ser más elevados cuando se trata de un beneficio fuera de la red.

Proveedores participantes se refiere a los proveedores que aceptan trabajar con el plan de salud, aceptar el pago y no cobrar ningún monto adicional a los miembros. Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá consultar a los proveedores participantes para recibir los servicios cubiertos. A los proveedores participantes también se les denomina “proveedores de la red”.

Servicios médicos se refiere a los servicios de atención médica que presta o coordina un médico con licencia (por ejemplo, doctor en medicina [Medical Doctor, MD], doctor en medicina osteopática [Doctor of Osteopathic Medicine, DO]).

Plan se refiere a la combinación de los beneficios del seguro médico en el marco de un producto, una red de proveedores y un área de servicio.

Preautorización o autorización previa se refiere a la decisión de su aseguradora o plan de salud por la que se determina que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero es médicamente necesario. A veces, se denomina aprobación previa o certificación previa. Es posible que su seguro médico o plan exija una autorización previa para determinados servicios antes de que usted los reciba, salvo en caso de emergencia. La autorización previa no supone una garantía de que su seguro médico o su plan vaya a cubrir el costo.

Prima se refiere a la cantidad que debe pagar por su seguro médico o su plan de salud. Por lo general, usted o su empleador lo pagan mensualmente, trimestralmente o anualmente.

Cobertura de medicamentos con receta se refiere a un seguro médico o a un plan de salud que contribuye al pago de los medicamentos recetados.

Medicamentos con receta se refiere a los fármacos y medicamentos que, por ley, requieren receta médica.

Médico de atención primaria se refiere a un médico (por ejemplo, doctor en medicina [MD], doctor

en medicina osteopática [DO]), según lo permita la ley estatal, que presta, coordina o ayuda al paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Proveedor de atención primaria se refiere a un médico (por ejemplo, doctor en medicina [MD], doctor en medicina osteopática [DO]), enfermero especializado, enfermero clínico especialista o asistente médico, según lo permita la ley estatal, que presta, coordina o ayuda al paciente a acceder a una serie de servicios de atención médica.

Proveedor es el término general que utilizamos para referirnos a los médicos, enfermeros y demás personas que le prestan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros centros que le proporcionan servicios de atención médica, equipo médico y servicios y apoyos a largo plazo.

Servicios y dispositivos de rehabilitación se refiere a los servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento necesarios para la vida cotidiana que se hayan perdido o deteriorado debido a una enfermedad, una lesión o una discapacidad. También incluye el tratamiento que recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación importante. Estos servicios pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje y servicios de rehabilitación psiquiátrica en diversos entornos, tanto hospitalarios como ambulatorios. Llame al servicio de atención al miembro para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Atención de enfermería especializada se refiere a los servicios de enfermería prestados dentro del ámbito de aplicación de la Ley de Ejercicio de la Enfermería de Illinois (225 de los Estatutos Compilados de Illinois [Illinois Compiled Statutes, ILCS] 65/50-1 y siguientes) por parte de enfermeros registrados, auxiliares de enfermería con licencia o enfermeros vocacionales con licencia para ejercer en el estado.

Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) se refiere a los servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación que se prestan de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas (IV) que solo pueden ser administradas por un enfermero registrado o un médico.

Especialista se refiere a un médico que se especializa en un área concreta de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar determinados tipos de síntomas y afecciones.

Atención de urgencia se refiere a la atención médica para una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque de inmediato asistencia médica, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

Quejas y apelaciones

Queremos que quede satisfecho con los servicios que recibe de CountyCare y de nuestros proveedores. Si no está satisfecho, puede presentar una queja o apelación.

Quejas

Es un reclamo relativo a cualquier asunto que no sea la denegación, reducción o interrupción de un servicio o artículo.

CountyCare se toma muy en serio las quejas de sus miembros. Queremos conocer las fallas para poder mejorar nuestros servicios. Si tiene alguna queja sobre un proveedor, 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 quejas. Haremos todo lo posible por responder sus preguntas o ayudarlo a resolver su problema. La presentación de una queja no afectará sus servicios de atención médica ni su cobertura de beneficios.

Si la persona que presenta la queja es usuario del Programa de Rehabilitación Vocacional (Vocational Rehabilitation, VR), podrá tener derecho a recibir la asistencia del Programa de Asistencia al Cliente (Client Assistance Program, CAP) de la Oficina de Servicios de Rehabilitación del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services - Office of Rehabilitation Services, DHS-ORS) para la preparación, presentación y defensa de los asuntos que se vayan a tratar en la audiencia.

Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que podría ser conveniente presentar una queja:

- Su proveedor o un miembro del personal de CountyCare no respetó sus derechos.
- Le resultó difícil conseguir una cita con su proveedor en un plazo razonable.
- No quedó satisfecho con la calidad de la atención o el tratamiento que recibió.
- Su proveedor o un miembro del personal de CountyCare se comportó de forma descortés con usted.
- Su proveedor o un miembro del personal de CountyCare no tuvo en cuenta sus necesidades culturales ni otras necesidades especiales que pudo tener.

Puede presentar su queja por teléfono llamando al servicio de atención al miembro al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada gratuita) / 711 (TDD/TTY). También puede presentarla por escrito, por correo postal o por fax, en:

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

En la carta de queja, facilítenos toda la información que pueda. Por ejemplo, incluya la fecha y el lugar en que se produjo el incidente, los nombres de las personas implicadas y los detalles de lo ocurrido. Asegúrese de incluir su nombre y su número de identificación de miembro. Puede solicitar nuestra ayuda para presentar su queja llamando al servicio de atención al miembro al 312-864-8200 / 855-444-1661 (línea gratuita) / 711 (TDD/TTY).

Si no habla inglés, podemos proporcionarle un intérprete sin costo alguno para usted. Incluya esta solicitud al presentar su queja. Si tiene discapacidad auditiva, llame al servicio de retransmisión de Illinois al 711.

En cualquier momento del proceso de presentación de la queja, puede designar a una persona de su confianza para que lo represente o actúe en su nombre. Esta persona será su "representante".

Para designar a alguien que lo represente, puede:

1. Enviarnos una carta en la que nos comunique que desea que otra persona lo represente e incluya los datos de contacto de dicha persona, o bien,
2. Llenar el formulario de representante autorizado. Puede encontrar este formulario en nuestro sitio web en https://countycare.com/wp-content/uploads/CCAuthorized-Representative_Spanish_010825-1.pdf
3. CountyCare le enviará una carta de acuse de recibo en un plazo de 48 horas en la que se le informará que recibimos su queja. CountyCare intentará resolver su queja de inmediato. En caso de que no podamos hacerlo, es posible que nos pongamos en contacto con usted para solicitarle más información. En un plazo de 90 días, recibirá una carta de CountyCare en la que le comunicaremos nuestra resolución.

Apelaciones

Una apelación es una forma de solicitar que se revisen nuestras acciones. Si decidimos que no podemos aprobar un servicio o artículo solicitado, o si se reduce

o se suspende un servicio, recibirá una carta de nuestra parte titulada "Determinación adversa sobre beneficios". En esta carta se le informará lo siguiente:

- Medidas que se tomaron y el motivo
- Su derecho a presentar un apelación y cómo hacerlo
- Su derecho a solicitar una audiencia imparcial del estado y cómo hacerlo
- Su derecho, en determinadas circunstancias, a solicitar un apelación acelerada y cómo hacerlo
- Su derecho a solicitar que se mantengan los beneficios durante el proceso de apelación, cómo hacerlo y en qué casos podría tener que pagar los servicios

Es posible que no esté de acuerdo con una decisión o una medida adoptada por CountyCare en relación con sus servicios o con un artículo que haya solicitado. Una apelación es una forma de solicitar que se revisen nuestras acciones. Puede presentar un apelación en un plazo de **60 días calendario** a partir de la fecha que figura en nuestra carta de "Determinación adversa sobre beneficios". Si desea que sus beneficios se mantengan sin cambios mientras tramita la apelación, deberá indicarlo al presentar dicha apelación, y presentarla a más tardar **10 días calendario** a partir de la fecha que figura en nuestra carta de determinación adversa sobre beneficios. La siguiente lista incluye ejemplos de situaciones en las que podría ser conveniente presentar un apelación.

- No se autorizó ni pagó un servicio o artículo que le solicitó su proveedor
- Se suspendió un servicio que se había aprobado anteriormente
- No se proporcionó el servicio o los artículos de forma oportuna
- No le informaron sobre su derecho a la libertad de elección de proveedores
- No le aprobaron el servicio porque no formaba parte de nuestra red

A continuación, le indicamos dos formas de presentar un apelación:

1. Llame al servicio de atención al miembro al 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada gratuita) / 711 (TDD/TTY). Si presenta una apelación por teléfono, deberá remitir posteriormente una solicitud de apelación por escrito y firmada.

2. Envíe su solicitud de apelación por escrito por correo o por fax a:

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

Si no habla inglés, podemos proporcionarle un intérprete sin costo alguno para usted. Incluya esta solicitud al presentar su apelación. Si tiene discapacidad auditiva, llame al servicio de retransmisión de Illinois al 711.

¿Hay alguien que pueda ayudarlo con el proceso de apelación?

Dispone de varias opciones de asistencia. Puede:

- Pedir a alguien de su confianza que lo ayude a representarlo. Podría tratarse, por ejemplo, de su médico de atención primaria o de un familiar.
- Optar por contar con la representación de un profesional del derecho.

Para designar a alguien que lo represente, puede:

1. Enviarnos una carta en la que nos comunique que desea que otra persona lo represente e incluya los datos de contacto de dicha persona, o bien,
2. Llene el formulario de apelación para representantes autorizados. Puede encontrar este formulario en nuestro sitio web en https://countycare.com/wp-content/uploads/CCAuthorized-Representative-Spanish_010825-1.pdf

Procedimiento de presentación de apelaciones

Le enviaremos una carta de acuse de recibo en un plazo de tres días hábiles para confirmarle que recibimos su apelación. Le comunicaremos si necesitamos más información y cómo puede facilitárnosla, ya sea en persona o por escrito. Un proveedor de la misma especialidad o una similar a la de su médico tratante revisará su apelación. No será el mismo proveedor que tomó la decisión inicial de denegar, reducir o suspender el servicio médico.

CountyCare le enviará nuestra decisión por escrito en un plazo de 15 días hábiles a partir de la fecha en que hayamos recibido su solicitud de apelación. CountyCare puede solicitar una prórroga de hasta 14 días calendario adicionales para tomar una decisión sobre su caso, si necesitamos obtener más información antes de tomar dicha decisión. También puede solicitarnos una prórroga si necesita más tiempo para obtener documentos adicionales que respalden su apelación.

Nos pondremos en contacto con usted por teléfono para comunicarle nuestra decisión y le enviaremos a usted y a su representante autorizado el aviso de la decisión. Por medio de este aviso se le informará lo que vamos a hacer y los motivos para hacerlo.

Si la decisión de CountyCare coincide con la determinación adversa sobre beneficios, es posible que tenga que 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 sobre beneficios, aprobaremos que los servicios comiencen de inmediato.

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

- Si fuera necesario, puede facilitarnos más información sobre su apelación en cualquier momento.
- Tiene la posibilidad de consultar su expediente de apelación.
- Tiene la posibilidad de estar presente cuando CountyCare examine su apelación.

¿Cómo puede acelerar su apelación?

Si usted o su proveedor consideran que nuestro plazo estándar de 15 días hábiles para tomar una decisión sobre su apelación pondría en grave peligro su vida o su salud, puede solicitar una apelación acelerada escribiéndonos o llamándonos por teléfono. Si se pone en contacto con nosotros por escrito, incluya su nombre, su número de identificación de miembro, la fecha de la carta en la que le comunican la determinación adversa sobre beneficios, información sobre su caso y los motivos por los que solicita la apelación acelerada. Le comunicaremos en un plazo de 24 horas si necesitamos más información. Una vez que nos haya facilitado toda la información, lo llamaremos en un plazo de 24 horas para comunicarle nuestra decisión y, además, le enviaremos a usted y a su representante autorizado el aviso de la decisión.

¿Cómo puede retirar una apelación?

Tiene derecho a retirar su apelación por cualquier motivo y en cualquier momento durante el proceso. No obstante, usted o su representante autorizado deberán

hacerlo por escrito, utilizando la misma dirección que se empleó para presentar su apelación. Si la retira, se dará por concluido el proceso de apelación y no tomaremos ninguna decisión respecto a su solicitud de apelación.

CountyCare confirmará el retiro de su apelación mediante el envío de 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 va a pasar ahora?

Una vez que recibamos la llamada telefónica o la carta en la que se solicite una revisión externa acelerada, revisaremos inmediatamente su solicitud para determinar si reúne los requisitos para una revisión externa acelerada. Si reúne los requisitos, nos comunicaremos con usted o con su representante para proporcionarle el nombre del revisor.

También enviaremos la información necesaria al revisor externo para que pueda comenzar su revisión.

Tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero a más tardar dos días hábiles después de recibir toda la información necesaria, el revisor externo tomará una decisión sobre su solicitud. Le informará a usted o a su representante y a CountyCare sobre su decisión, que estará disponible por teléfono. También le enviará a usted o a su representante y a CountyCare una carta con la decisión dentro de las 48 horas.

Audiencia imparcial del estado

Si lo desea, puede solicitar una apelación mediante una audiencia imparcial del estado en un plazo de **120 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso de decisión, pero deberá solicitarla en un plazo de **10 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso de decisión si desea que le sigan prestando los servicios. Si no gana esta apelación, es posible que tenga que pagar los servicios que se le hayan prestado durante el proceso de apelación.

En la audiencia imparcial del estado, al igual que durante el proceso de apelación de CountyCare, puede solicitar que alguien lo represente, como por ejemplo un abogado, o que un familiar o un amigo hable en su nombre. Para designar a alguien que lo represente, envíenos una carta en la que nos comunique que desea que otra persona lo represente e incluya la información de contacto de dicha persona.

Puede solicitar una audiencia imparcial del estado de una de las siguientes maneras:

- El Centro de Recursos Comunitarios Familiares de su localidad puede facilitarle un formulario de apelación para solicitar una audiencia imparcial del estado y lo ayudará a llenarlo si así lo desea.

- Visite <https://abe.illinois.gov/access/accessController?id=0.04062618021113662s> para crear una cuenta de apelaciones de solicitud de elegibilidad para beneficios (Application for Benefits Eligibility, ABE) y presentar una apelación mediante audiencia imparcial del estado en línea. Esto le permitirá realizar el seguimiento y gestionar su apelación en línea, consultar fechas importantes y notificaciones relacionadas con la audiencia imparcial del estado y presentar la documentación correspondiente. Si desea presentar un apelación ante la audiencia imparcial del estado en relación con sus servicios o beneficios médicos, o con los servicios del programa de exención para personas mayores (Programa de Atención Comunitaria [Community Care Program, 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
 Fax: (312) 793-2005
 Correo electrónico: HFS.Fairhearings@illinois.gov
 O bien, puede llamar al 1-855-418-4421
 TTY: 1-800-526-5812

- Si desea presentar un apelación mediante audiencia imparcial del estado en relación con servicios o beneficios de salud mental, servicios de tratamiento de adicciones, servicios del programa de exención para personas con discapacidad, servicios del programa de exención para lesiones cerebrales traumáticas, servicios del programa de exención para el VIH/sida o cualquier servicio del Programa de Servicios a Domicilio (Home Services Program, HSP), envíe su solicitud por escrito a:

Illinois Department of Human Services
Bureau of Hearings
 69 W. Washington, 9th Floor
 Chicago, IL 60602
 Fax: (312) 793-3387
 Correo electrónico: DHS.BAH@illinois.gov
 O bien, puede llamar al (800) 435-0774,
 TTY: (877) 734-7429
 En línea: <https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals>

Proceso de audiencia imparcial del estado

La audiencia será dirigida por un funcionario imparcial autorizado para llevar a cabo audiencias imparciales del estado. Recibirá una carta de la oficina de audiencias correspondiente en la que se le informará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. En esta carta también se le facilitará información sobre la audiencia. Es importante que la lea con atención. Si crea una cuenta en <https://abe.illinois.gov/access/accessController?id=0.47004665495539644>, podrá acceder a toda la correspondencia relacionada con su proceso de audiencia imparcial del estado a través de su cuenta de apelaciones de ABE. También puede subir documentos y consultar sus citas.

Al menos tres días hábiles antes de la audiencia, recibirá información de CountyCare. Incluirá todas las pruebas que presentaremos en la audiencia. Esto también se remitirá al funcionario responsable de la audiencia imparcial del estado. Debe facilitar a CountyCare y al funcionario responsable de la audiencia todas las pruebas que vaya a presentar en la audiencia con al menos tres días hábiles de antelación. Esto incluye la lista de los testigos que comparecerán en su nombre, así como todos los documentos que utilizará para respaldar su apelación.

Deberá comunicar a la Oficina de Audiencias correspondiente cualquier adaptación que pueda necesitar. Es posible que su audiencia se lleve a cabo por teléfono. Asegúrese de indicar en su solicitud de audiencia imparcial del estado el número de teléfono en el que podamos localizarlo durante el horario laboral. Es posible que se grabe la audiencia.

Aplazamiento o prórroga

Puede solicitar un aplazamiento o prórroga durante o antes de la audiencia, lo cual podrá concederse si existen motivos justificados. Si el funcionario responsable de la audiencia imparcial está de acuerdo, se le notificará por escrito a usted y a todas las partes implicadas en la apelación la nueva fecha, hora y lugar. El plazo para que concluya el proceso de apelación se ampliará en la duración de la prórroga o del aplazamiento.

Incomparecencia en la audiencia

Su apelación será desestimada si usted, o su representante autorizado, no comparece en la audiencia en la hora, fecha y lugar indicados en el aviso y no solicitó un aplazamiento por escrito. Si la audiencia se lleva a cabo por teléfono, su apelación será desestimada si no contesta al teléfono a la hora prevista. Se enviará un aviso de desestimación a todas las partes del apelación.

Su audiencia podrá reprogramarse si nos lo comunica en un plazo de **10 días calendario** a partir de la fecha en que recibió el aviso de desestimación, siempre que el motivo de su incomparecencia fuera:

- Fallecimiento en la familia
- Lesión o enfermedad que, razonablemente, le impediría comparecer
- Emergencia repentina e inesperada

En caso de que se cambie la fecha de la audiencia de apelación, la Oficina de Audiencias le enviará a usted o a su representante autorizado una carta en la que se le comunique la nueva fecha de la audiencia, con copia a todas las partes de la apelación.

Si denegamos su solicitud de aplazamiento de la audiencia, recibirá una carta por correo en la que se le informará dicha denegación.

Decisión de la audiencia imparcial del estado

La Oficina de Audiencias correspondiente les enviará a usted y a todas las partes interesadas la decisión administrativa definitiva por escrito. La decisión también estará disponible en línea a través de su cuenta de apelaciones de ABE. Esta decisión administrativa definitiva solo puede revisarse ante los Tribunales de Circuito del Estado de Illinois. El plazo que el Tribunal de Circuito concederá para presentar dicha revisión podrá ser de tan solo 35 días a partir de la fecha de la presente carta. Si tiene alguna duda, llame a la Oficina de Audiencias.

Revisión externa (solo para servicios médicos)

En el plazo de 30 días calendario a partir de la fecha que figura en el aviso de decisión de la apelación de CountyCare, puede optar por solicitar una revisión por parte de una persona ajena a CountyCare. A esto se le denomina revisión externa. El revisor externo debe cumplir los siguientes requisitos:

- Ser proveedor certificado por la junta, con la misma especialidad o una similar a la de su médico tratante
- Tener estado activo actualmente
- No tener ningún interés económico en la decisión
- No conocerlo ni conocerá su identidad durante la revisión

La revisión externa no está disponible para las apelaciones relacionadas con los servicios recibidos a través de la exención para personas mayores, la exención para personas con discapacidades, la exención por lesión cerebral traumática, la exención por VIH/sida o el Programa de Servicios a Domicilio.

En su carta deberá solicitar la revisión externa de dicha acción y enviarla a:

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

¿Qué va a pasar ahora?

- Revisaremos su solicitud para comprobar si cumple los requisitos para someterla a una revisión externa. Disponemos de cinco días hábiles para hacerlo. Le enviaremos una carta en la que le informaremos de si su solicitud cumple estos requisitos. Si este es el caso, en la carta figurará el nombre del revisor externo.
- Dispone de cinco días hábiles a partir de la fecha de la carta que le enviamos para remitir cualquier información adicional sobre su solicitud al revisor externo.

El revisor externo le enviará a usted o a su representante, así como a CountyCare, una carta con su decisión en un plazo de cinco días calendario a partir de la recepción de toda la información que necesite para completar su revisión.

Revisión externa acelerada

Si el plazo habitual para una revisión externa pudiera 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 al servicio de atención al miembro al número gratuito 312-864-8200 / 855-444-1661 (número gratuito) / 711 (TDD/TTY). Para hacerlo por escrito, envíenos una carta a la dirección que figura a continuación. Solo podrá solicitar una revisión externa una vez sobre una acción concreta. En su carta debe solicitar la revisión externa de dicha acción.

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

¿Qué va a pasar ahora?

- Una vez que recibamos la llamada telefónica o la carta en la que se solicite la revisión externa acelerada, revisaremos de inmediato su solicitud para determinar si califica para dicha revisión. De ser así, nos pondremos en contacto con usted o con su representante para facilitarle el nombre del revisor.
- Asimismo, enviaremos la información necesaria al revisor externo para que pueda comenzar su revisión.
- Con la rapidez que requiera su estado de salud, pero en un plazo máximo de dos días hábiles tras recibir toda la información necesaria, el revisor externo tomará una decisión sobre su solicitud. Le comunicará verbalmente a usted o a su representante, así como a CountyCare, cuál es su decisión. Además, le enviará una carta a usted o a su representante, así como a CountyCare, comunicándole la decisión en un plazo de 48 horas.

Derechos y responsabilidades

Como miembro de CountyCare, debemos respetar sus derechos y no podemos sancionarlo cuando los ejerza.

Derechos del miembro

- Ser tratado con respeto y dignidad en todo momento.
- Asegurarse de que su información médica personal y su historia clínica se mantengan confidenciales, salvo en los casos en que lo permita la ley.
- Contar con protecciones en casos de discriminación.
- No sufrir ninguna forma de restricción ni aislamiento que se utilice como medio para coaccionar, controlar y facilitar represalias o retaliaciones.
- Recibir información, incluido el Manual del miembro de CountyCare, en otros formatos, como audio, letra grande o braille.
- Disponer de un intérprete cuando sea necesario.
- Mantener una conversación franca con su proveedor sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus afecciones, independientemente del costo o de la cobertura de los beneficios.
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento disponibles y las alternativas. Esto incluye el derecho a solicitar una segunda opinión. Los proveedores deben explicarle sus opciones de tratamiento de forma que las comprenda.
- Recibir la información necesaria para partic

- ipar en la toma de decisiones sobre su tratamiento médico y sus opciones.
- Rechazar el tratamiento y recibir información sobre las posibles consecuencias para su salud en caso de que lo haga.
- Recibir una copia de su historia clínica y, en algunos casos, solicitar que se modifique o se corrija.
- Elegir a su proveedor de atención primaria (PCP) de CountyCare. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Presente una reclamación (a veces, denominada queja), o interponga una apelación contra CountyCare o la atención que haya recibido sin temor a sufrir maltrato ni represalias de ningún tipo.
- Puede presentar un apelación contra una decisión de CountyCare, ya sea por teléfono o por escrito.
- Disponer de un intérprete durante cualquier proceso de reclamación o apelación.
- Solicitar y recibir, en un plazo razonable, información sobre el plan de salud CountyCare, así como sobre sus proveedores, servicios y políticas.
- Recibir información sobre los derechos y responsabilidades de los miembros de CountyCare. Asimismo, tiene derecho a proponer modificaciones en esta política.
- Recibir servicios de atención médica de conformidad con la ley federal y estatal. CountyCare debe garantizar que pueda acceder a los servicios cubiertos. Los servicios deben estar disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Responsabilidades del miembro

- Tratar a su médico y al personal del consultorio con cortesía y respeto.
- Llevar consigo su tarjeta de identificación de CountyCare cuando asista a sus citas médicas y a la farmacia para recoger sus recetas.
- Cumplir con sus citas y llegar a tiempo.
- Si no puede cumplir con sus citas, cancelélas con antelación.
- Facilitar toda la información posible para que CountyCare y sus proveedores puedan ofrecerle la mejor atención posible.
- Informar sobre sus problemas de salud y participar, en la medida de lo posible, en la toma de decisiones sobre los objetivos de su tratamiento.
- Seguir las instrucciones y el plan de tratamiento acordados entre usted y su médico.

- Informar a CountyCare y a su coordinador de atención si cambia de dirección o número de teléfono.
- Informar a CountyCare y a su coordinador de atención si dispone de otro seguro y seguir las instrucciones correspondientes.
- Leer su Manual del miembro para saber qué servicios están cubiertos y si existe alguna norma especial.

Requisitos de los proveedores e incentivos para los médicos

Tiene derecho a recibir información sobre nuestros proveedores. Esto incluye lo siguiente por parte del proveedor:

- Educación
- Certificación de la junta
- Recertificación

Tiene derecho a preguntar si mantenemos acuerdos económicos especiales con nuestros médicos que puedan afectar las remisiones y otros servicios que pueda necesitar. Para obtener esta información, llámenos.

Directivas anticipadas

Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica. Una directiva anticipada es una decisión por escrito que usted toma sobre su atención médica en el futuro, en caso de que, en ese momento, se encuentre demasiado enfermo para tomar una decisión. En Illinois existen cuatro tipos de directivas anticipadas:

- **Poder notarial para la atención médica:** le permite designar a una persona para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que se encuentre demasiado enfermo para decidir por sí mismo. Puede imprimir uno desde el sitio web de CountyCare: <https://dph.illinois.gov/content/dam/soi/en/web/idph/files/forms/power-attorney-spanish.pdf>
- **Testamento vital:** en él se indica a su médico y al resto de proveedores qué tipo de atención desea recibir en caso de padecer una enfermedad terminal. Enfermedad terminal se refiere a que su afección no va a mejorar.
- **Preferencias de salud mental:** le permite decidir si desea recibir determinados tipos de tratamiento de salud mental que podrían ayudarlo.
- **Orden de no reanimar y órdenes del proveedor sobre tratamientos de soporte vital (Do Not Resuscitate/Practitioner Orders for Life-Sustaining Treatment, DNR/POLST):** en ellas se

indica a su familia, a todos sus médicos y al resto de proveedores cuáles son sus deseos en caso de que su corazón deje de latir o se detenga su respiración. También puede utilizarse para dejar por escrito sus deseos respecto a los tratamientos de soporte vital.

Puede obtener más información sobre las directivas anticipadas a través de su plan de salud o de su médico. Si lo ingresan en el hospital, es posible que le pregunten si tiene una. No es necesario que la tenga.

No es necesario que la tenga para recibir atención médica, pero la mayoría de los hospitales le recomiendan tenerla. Si lo desea, puede optar por disponer de una o varias de estas directivas anticipadas, y puede anular o modificar cada una de ellas en cualquier momento.

Puede expresar por escrito sus deseos en materia de atención médica mientras se encuentre sano y en condiciones de tomar decisiones. Una directiva anticipada es una declaración por escrito en la que se indica cómo desea que se tomen las decisiones médicas cuando usted ya no pueda tomarlas. La ley federal exige que le informen su derecho a redactar una directiva anticipada cuando sea ingresado en un centro de atención médica. Asimismo, deben preguntarle si dejó constancia de sus deseos por escrito.

Nadie puede obligarlo a redactar una directiva anticipada. Usted decide si desea disponer de una. Cualquier persona mayor de 18 años que goce de plena capacidad mental y pueda tomar sus propias decisiones puede disponer de una. No es necesario contar con un abogado para redactar una directiva anticipada. No obstante, es posible que decida que desea hablar con un abogado.

Hable con su proveedor para que le entregue un formulario de directiva anticipada. También puede llamar al servicio de atención al miembro para solicitar este formulario.

Fraude, despilfarro y abuso

Denunciar los casos de fraude, despilfarro y abuso es responsabilidad de todos.

Infórmenos si cree que un médico, dentista, farmacéutico de una farmacia, cualquier otro proveedor de atención médica o incluso una persona que reciba beneficios está actuando de forma incorrecta.

Actuar de forma incorrecta podría constituir un fraude, un despilfarro o un abuso, lo cual es contrario a la ley.

- Se considera fraude cuando alguien recibe beneficios o pagos a los que no tiene derecho.
- Se habla de despilfarro cuando alguien hace un uso excesivo o indebido de los servicios, recursos o

materiales del programa Medicaid, lo que genera gastos innecesarios.

- Se habla de abuso cuando alguien causa un perjuicio económico o lesiones.
- El fraude, despilfarro y abuso (Fraud, waste and abuse, FWA) son incidentes que deben notificarse.
- Indíquenos si cree que alguien:
- Cobra por servicios que no se prestaron o que no eran necesarios.
- Miente sobre una afección médica con el fin de recibir tratamiento médico.
- Hace uso indebido de los beneficios de su plan. Permite que otra persona utilice su número de identificación de CountyCare.
- Utiliza el número de identificación de CountyCare de otra persona.
- Miente sobre la cantidad de dinero o los recursos de que dispone para obtener beneficios.

CountyCare le enviará cartas de vez en cuando para pedirle que confirme que recibió los servicios médicos. Revíselas y responda. Esto nos ayuda a prevenir el FWA. Existen muchas formas de denunciar un caso de FWA.

¿Qué puedo hacer?

Si cree que un proveedor de atención médica o una persona que recibe beneficios está actuando de forma indebida, debe denunciarlo de inmediato. Toda la información que se facilite se mantendrá confidencial.

Existen numerosas formas de denunciar casos de fraude, despilfarro y abuso:

Línea directa de CountyCare para denunciar fraudes, despilfarros y abusos

844-509-4669

Servicios para miembros de CountyCare

312-864-8200

855-444-1661

711 (TDD/TTY)

Línea directa de HFS contra el fraude en Medicaid y bienestar

844-453-7283

844-ILFRAUD

Oficina del Inspector General del DHS

800-368-1463

Departamento para el Envejecimiento de Illinois

866-800-1409

888-206-1327 (TTY)

Línea de ayuda para personas mayores

800-252-8966

Avisos legales

Declaración de no discriminación

La discriminación es ilegal. CountyCare cumple con la ley federal vigente en materia de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Tampoco excluye a nadie ni trata a las personas de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. CountyCare:

- Ofrece ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes cualificados de lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos, etc.)
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes cualificados
 - Información redactada en otros idiomas

Si necesita estos servicios o desea solicitar una copia impresa de los materiales, póngase en contacto con el servicio de atención al miembro de CountyCare: Teléfono: 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada gratuita) / 711 (TDD/TTY). Si considera que CountyCare no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado de cualquier otra forma por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

CountyCare Grievance & Appeals Coordinator
Attn: Grievance and Appeals Dept.

P.O. Box 21153

Eagan, MN 55121

Teléfono: 312-864-8200 / 855-444-1661 (llamada gratuita) / 711 (TDD/TTY)

Fax: (312) 548-9940

Por vía electrónica: <https://countycaremember.healthtrioconnect.com/app/index.page?xsesschk=&setlocale=es>

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

Asimismo, puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de forma electrónica a través del portal de reclamos de dicha oficina, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, o bien por correo postal o por teléfono al:

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)

English:

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

Español/Spanish

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

Polski/Polish

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

中文/Chinese

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

한국어/Korean

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

العربية/Arabic

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

Русский/Russian

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

ગુજરાતી/Gujarati

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

اُردُو/Urdu

ایک دم یک نابز وک پآ وٹ ہیے ےتلوب ودرآ پآ رگا: رادربخ ییہ بایتسد ییم تفسم تامدخ 312-864-8200 / 855-444-1661 (toll-free) (TTY: 711).

Tiếng Việt/Vietnamese

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

हन्दी/Hindi

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

Français/ French

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).

Українська/ Ukrainian

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

বাংলা/Bengali

দৃষ্টিকাকর্ষণ: আপনযিদি বাংলা ভাষায় কথা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বনিমূল্যে ভাষা সহায়তা পরষিবো উপলব্ধ। কল করুন 312-864-8200 / 855-444-1661 (টোলমুক্ত) / 711 (TTY)

Aviso sobre las prácticas de privacidad de CountyCare

EN ESTE AVISO SE LE INFORMA CÓMO SU PLAN DE SALUD PUEDE UTILIZAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA. ASIMISMO, SE DESCRIBE CÓMO PUEDE ACCEDER A SU PROPIA INFORMACIÓN MÉDICA. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

¿En qué consiste este documento?

El presente documento, denominado "Aviso sobre prácticas de privacidad", le informa cómo CountyCare ("nosotros") puede utilizar y compartir su información médica y demográfica, lo que incluye, entre otros datos, su raza, origen étnico, idioma u orientación sexual. En este aviso también se describen sus derechos de acceso a su información y nuestras responsabilidades a la hora de protegerla. Debemos garantizar la confidencialidad y la seguridad de su información médica.

¿Qué es la información médica?

"Información médica" se refiere a cualquier información relacionada con su atención médica que permita identificarlo. Entre los ejemplos se incluyen, entre otros, su nombre, fecha de nacimiento, datos sobre la atención médica que ha recibido o montos pagados por dicha atención.

¿Por qué me están dando esto?

La ley nos exige proteger la privacidad de su información médica y a facilitarle información sobre cómo la utilizamos y compartimos. Además, la ley nos exige entregarle este aviso. Estas leyes estatales y federales refuerzan nuestro compromiso con usted, como miembro, de preservar y proteger cuidadosamente su confidencialidad. Aunque no se trate de información médica, también aplicamos las mismas medidas de privacidad y protección a sus datos demográficos, como raza, origen étnico, idioma y orientación sexual. No utilizaremos ni compartiremos su información de ninguna otra forma que no sea la descrita en este documento, a menos que usted nos autorice por escrito a hacerlo. Su información demográfica no se utilizará para denegarle servicios, cobertura ni beneficios. Si nos autoriza a compartir su información, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, infórmenos por escrito.

¿Quiénes deben cumplir este aviso?

Todos los empleados, contratistas, consultores, proveedores, voluntarios y demás profesionales y organizaciones de atención médica que colaboran con CountyCare deben cumplir con lo establecido en este aviso.

Cómo podemos utilizar y compartir su información médica y demográfica

Para manejar su tratamiento de atención médica.

Utilizaremos y compartiremos su información para ayudarlo con su atención médica.

Por ejemplo: un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar los servicios adicionales necesarios.

Por ejemplo: podemos compartir su información médica y demográfica (como su idioma preferido) con una agencia de servicios que se encarga de manejar los servicios de vivienda con apoyo para la atención médica.

Para las operaciones de atención médica.

Utilizaremos y compartiremos su información médica para que nos ayude a hacer nuestro trabajo y a evaluar el grado de eficacia con el que lo llevamos a cabo. Podremos contactarlo cuando sea necesario o si dio su consentimiento para que lo contacten.

Por ejemplo: utilizaremos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted o para asegurarnos de que recibe un buen servicio.

Por ejemplo: remitimos datos relacionados con su información médica al estado de Illinois para demostrar que cumplimos con nuestro contrato.

Para pagar sus servicios de atención médica.

Podemos utilizar y compartir su información médica en el marco del pago de sus servicios de salud.

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

Para gestionar su plan. Podemos compartir su información médica con otras empresas que tengan contrato con CountyCare para la gestión del plan.

Por ejemplo: compartiremos su información con una empresa de transporte, para asegurarnos de que pueda consultar sus citas.

Con miembros comerciales. Podemos compartir su información médica con otra empresa, denominada "miembro comercial", a la que contratamos para que nos preste un servicio o lo haga en nuestro nombre.

Solo compartiremos su información si el miembro comercial se ha comprometido por escrito a mantener la confidencialidad y la seguridad de la información médica y demográfica.

Cómo podemos utilizar o compartir su información médica y demográfica con su consentimiento

Puede elegir cómo utilizamos y compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones. Si no puede indicarnos cuál es su preferencia, es posible que procedamos a compartir su información si consideramos que ello redundará en su propio interés.

Con las personas que participan en el pago de su atención.

Podemos compartir su información médica con sus familiares, amigos o cualquier otra persona que nos indique que participa en su atención médica o que contribuye a pagarla. Tiene derecho a solicitar que no compartamos su información con determinadas personas, pero debe informarnos. En caso de emergencia o en cualquier otra circunstancia en la que no pueda comunicarnos su preferencia, podremos compartir cierta información con familiares, amigos u otras personas si consideramos que ello redundará en su propio interés.

Para compartir información sobre beneficios, servicios y alternativas de tratamiento relacionadas con la salud.

Es posible que le informemos sobre servicios de salud, productos, posibles tratamientos o alternativas a su disposición. Podemos suministrarle información a través de un boletín informativo general, en persona o mediante productos o servicios de valor simbólico. Podemos compartir su información médica con un miembro comercial para que nos ayude en estas actividades. Podremos contactarlo por correo electrónico o mensaje de texto para enviarle recordatorios de citas, encuestas a los miembros, beneficios del programa de bienestar u otras comunicaciones generales y contenidos de atención médica, siempre que nos suministre su dirección de correo electrónico o su número de teléfono celular. Nos pondremos en contacto con usted por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto, siempre que haya suministrado dichos medios de contacto. Puede ponerse en contacto con nosotros y solicitar expresamente que no nos comuniquemos con usted a través de ninguno de esos medios. No podemos vender su información médica sin su consentimiento por escrito.

Con los padres y tutores legales de los menores.

Podemos divulgar información médica sobre menores a sus padres o tutores legales, salvo que dicha divulgación esté prohibida por ley. Si una persona menor está emancipada, casada, embarazada o es padre o madre, no facilitaremos su información a sus padres ni tutores legales sin su consentimiento. Si un menor recibe atención médica por determinadas afecciones delicadas, como VIH/sida, trastornos de salud mental, atención reproductiva y otras, no divulgaremos esta información a los padres o tutores legales sin su consentimiento, salvo que la ley lo exija o lo permita.

Para llevar a cabo investigaciones. Podemos utilizar y divulgar su información médica con fines de investigación. Sin embargo, la mayoría de los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de autorización especial y requieren su consentimiento si un investigador va a participar en su atención o va a tener acceso a su nombre, dirección u otra información que lo identifique. La ley permite que se realicen determinados estudios de investigación utilizando su información médica sin necesidad de su autorización.

Cómo debemos compartir su información médica

Asimismo, debemos compartir su información en situaciones que contribuyan al bien común o a la seguridad pública, o si la ley nos obliga a hacerlo. Debemos cumplir numerosos requisitos legales establecidos en la ley antes de poder compartir su información con estos fines.

Salud y seguridad públicas. Podemos compartir su información médica por motivos de salud pública y seguridad.

Por ejemplo:

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Para informar los nacimientos y las defunciones;
- Para denunciar un caso de maltrato o abandono infantil;
- Para facilitar la comunicación de información a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos sobre los productos que supervisa;
- Para notificar reacciones adversas a los medicamentos;
- Para informarle que es posible que haya estado expuesto a una enfermedad o que corra el riesgo de contraer o de contagiar una enfermedad o afección; o
- A su empresa, en determinados casos concretos.

Con las fuerzas del orden. Compartiremos su información médica cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales, o los tribunales.

Por ejemplo:

- Para dar cumplimiento a una orden judicial, una orden de detención, una citación u otro acto procesal similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo clave o persona desaparecida; o
- Para obtener información sobre una víctima real o presunta de un delito.

Podemos compartir información con un agente de las fuerzas del orden:

- Si consideramos que una muerte se debió a un delito;
- Para denunciar delitos cometidos en nuestras instalaciones; o
- En caso de emergencia.

Como parte de un procedimiento judicial. Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden o citación judicial. Solo compartiremos la información que figure en la orden. Si recibimos cualquier otra solicitud judicial, podremos compartir su información médica si se nos indica que usted está al tanto de ello y no se opone a su divulgación.

Durante una investigación. Compartiremos su información con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en caso de que la solicite como parte de una investigación sobre una violación de la privacidad. En virtud de las mismas leyes, debemos entregarle los registros que nos solicite sobre su persona. En determinadas circunstancias, estamos autorizados a no suministrarle cierta información.

Funciones gubernamentales especiales. Podemos compartir su información médica con:

- Funcionarios federales autorizados;
- Autoridades de mando de las Fuerzas Armadas o los organismos federales para determinar si usted reúne las condiciones necesarias para el servicio militar, es elegible para los beneficios médicos para veteranos o si cumple los requisitos médicos para obtener una habilitación de seguridad;
- Para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras relacionadas con la seguridad nacional; y
- Para proteger al presidente de los Estados Unidos.

Maltrato y negligencia. Es posible que tengamos que compartir su información para denunciar presuntos casos de maltrato, negligencia o violencia doméstica ante organismos estatales y federales. Es probable que le informen que compartimos esta información con dichas agencias.

Para la ayuda en caso de catástrofes. Es posible que compartamos su información médica en caso de catástrofe.

Prevención de una amenaza grave para la seguridad.

Podemos utilizar y compartir su información médica para prevenir o reducir una amenaza grave para su salud y seguridad o para la salud y seguridad de otras personas.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.

Podemos compartir información médica con un forense o un examinador médico con el fin de identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. Asimismo, podemos compartir información médica con directores de funerarias si la necesitan para hacer su trabajo.

Actividades de supervisión médica. Ciertas agencias médicas supervisan los sistemas de atención médica y los programas gubernamentales para garantizar que se respeten las leyes de derechos civiles. Podemos compartir su información con estas agencias con estos fines.

Donación de órganos y tejidos. Si es donante de órganos, podremos divulgar información médica a las organizaciones encargadas de la obtención, el transporte o el trasplante de un órgano, un ojo o un tejido.

Indemnización por accidentes de trabajo. Podemos compartir su información médica con agencias o particulares para cumplir con la ley de indemnización por accidentes de trabajo u otros programas similares.

Cómo protegemos el uso de su información

Cómo protegemos su información. Tomamos medidas para proteger su información médica y demográfica y garantizar su confidencialidad. Utilizamos medidas de seguridad físicas y electrónicas para proteger su información médica, entre las que se incluyen sistemas informáticos seguros, controles de acceso y contraseñas, políticas sobre el acceso mínimo necesario de los empleados y restricciones de uso, así como capacitación obligatoria para empleados y proveedores.

Sus derechos en relación con su información médica y demográfica

Tiene derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitarnos que limitemos las formas en que utilizamos y compartimos su información médica con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar la solicitud. Debemos aceptar la solicitud si la divulgación tiene como finalidad realizar pagos o llevar a cabo operaciones de atención médica y no está exigida por ley. Asimismo, debemos aceptar la solicitud si la información médica se refiere únicamente a un servicio

o artículo de atención médica que usted o una persona distinta de su plan de salud haya pagado íntegramente en su nombre. También puede solicitarnos que limitemos la información que utilizamos o compartimos con sus familiares, amigos o cualquier otra persona que nos indique que participa en su atención o que contribuye a pagarla.

Debe presentar su solicitud por escrito, firmada y fechada. Debería describir la información que desea restringir e indicarnos quiénes no deben recibirla. Debe enviar su solicitud por escrito a:

CountyCare Health Plan
Attention: Compliance
1950 W. Polk St., 9th Floor
Chicago, IL 60612

Le comunicaremos si aceptamos o no su solicitud. Si estamos de acuerdo, atenderemos su solicitud, salvo que la información sea necesaria para atenderlo en caso de emergencia.

Tiene derecho a obtener una copia de su conjunto de expedientes designado. Tiene derecho a consultar o a obtener una copia del expediente designado que tenemos sobre usted. Para consultar y obtener copias de esta información, deberá presentar una solicitud por escrito. Le entregaremos una copia o un resumen de su expediente designado en un plazo de 30 días a partir de la fecha de su solicitud. Si solicita una copia de su expediente designado, es posible que le cobremos una tarifa razonable en concepto de los gastos de copia, envío por correo u otras actividades relacionadas con su solicitud.

Tiene derecho a solicitar modificaciones. Puede solicitarnos que modifiquemos su información médica, sus datos demográficos o su historial de pagos si considera que son incorrectos o están incompletos.

Debe enviarnos la solicitud por escrito e indicar el motivo por el que desea realizar el cambio. No estamos obligados a aceptar que se realice el cambio. Si no aceptamos el cambio solicitado, le comunicaremos los motivos por escrito en un plazo de 60 días. Si no está de acuerdo con nosotros, puede enviar otra solicitud. Se adjuntará a la información que deseaba que se modificara o corrigiera.

Tiene derecho a solicitar que las comunicaciones sean confidenciales. Puede solicitarnos que nos pongamos en contacto con usted de una forma concreta (por ejemplo, por teléfono residencial o de trabajo) o que le enviemos la correspondencia a otra dirección. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables. Debemos llegar a un acuerdo si nos indica que correría peligro en caso de que no atendamos su solicitud.

Tiene derecho a recibir un informe contable sobre las divulgaciones realizadas. Tiene derecho a solicitar por escrito una lista de las ocasiones en las que hemos compartido su información médica en los últimos seis años. La lista incluirá con quién la hemos compartido, la fecha en la que se compartió y el motivo. Incluiremos toda la información divulgada, salvo aquella relativa al tratamiento, al pago y a las operaciones médicas, o cualquier divulgación que nos haya solicitado que realicemos. Le proporcionaremos un informe contable al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable si solicita otro en un plazo de 12 meses. En su solicitud por escrito deberá especificar un plazo de dichas comunicaciones.

Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Se la entregaremos lo antes posible.

Tiene derecho a elegir a alguien que actúe en su nombre. Si otorgó a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona podrá ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Si designó a alguien para que actúe en su nombre, deberá presentar una copia de la documentación que otorgue a dicha persona la facultad para actuar en su nombre.

Información sobre salud reproductiva. No utilizaremos su información médica para llevar a cabo, ni para ayudar a otros a llevar a cabo, investigaciones o a imponerle sanciones por el mero hecho de solicitar, obtener o facilitar una atención médica reproductiva que sea lícita. En los casos en que recibamos solicitudes de su información médica que puedan incluir datos

sobre salud reproductiva para actividades de supervisión médica, procedimientos judiciales o administrativos, fines relacionados con la aplicación de la ley o la divulgación de información a forenses y examinadores médicos, obtendremos una declaración firmada por parte del solicitante en la que se indique que su solicitud no tiene un fin prohibido.

Les informaremos que el uso y la divulgación indebidos de su información médica pueden acarrear sanciones penales.

Información genética. No podemos utilizar información genética para decidir si le concedemos la cobertura o para fijar el precio de dicha cobertura.

Información sobre el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD). Si recibimos o conservamos cualquier información sobre usted procedente de un programa de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD) regulado por el título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), parte 2 (un "programa de la parte 2") mediante un consentimiento que usted haya otorgado a dicho programa para utilizar y divulgar la información de la parte 2 con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, podremos utilizar y divulgar su información de la parte 2 para esos mismos fines. Esto se ajusta a los requisitos de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y a los usos y divulgaciones que se describen en el presente aviso. Si recibimos o conservamos su información de la parte 2 en virtud de un consentimiento específico que usted nos haya otorgado a nosotros o a un tercero, utilizaremos y divulgaremos dicha información únicamente en la medida en que usted lo haya autorizado en el consentimiento que nos haya entregado.

En ningún caso utilizaremos ni divulgaremos la información de la parte 2 ni el testimonio relativo a la información contenida en su expediente del Programa de la Parte 2 en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo iniciado por cualquier autoridad federal, estatal o local en su contra, salvo que usted lo autorice o que exista una orden judicial, tras haberle notificado dicha orden.

Uso de su información con fines de mercadeo.

No podremos utilizar ni divulgar su información médica con fines de mercadeo, a menos que contemos con su autorización por escrito.

Venta de su información. No podemos vender su información médica, salvo que contemos con su autorización por escrito.

Otros usos y divulgaciones de su información médica

Información confidencial. Algunos tipos de información médica son muy sensibles y están sujetos a medidas de protección adicionales. Es posible que la ley nos exija obtener su autorización por escrito para compartir esta información. La información médica sensible puede incluir pruebas genéticas; pruebas, diagnóstico o tratamiento del VIH/sida; trastornos de salud mental; abuso de alcohol y sustancias; agresiones sexuales; o fecundación in vitro. Asimismo, se requiere su autorización para el uso y la divulgación de las notas de psicoterapia.

Modificaciones de este aviso

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

¿Y SI TENGO QUE INFORMAR SOBRE UN PROBLEMA?

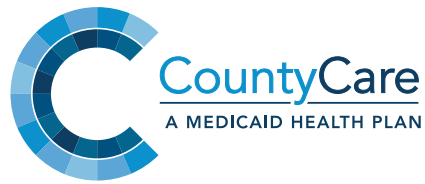
Si no está satisfecho y nos informa un problema, no utilizaremos su reclamo en su contra. Si considera que CountyCare vulneró sus derechos de privacidad tal y como se recogen en el presente aviso, puede presentar un reclamo ante CountyCare o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Puede hacerlo 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
<https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>

Puede ponerse en contacto con la Oficina de Cumplimiento Corporativo del Departamento de Salud del Condado de Cook o con el responsable de privacidad del Departamento de Salud del Condado de Cook para hablar sobre cualquier inquietud que tenga, utilizando la información que aparece a continuación:

Cook County Health & Hospital System
1950 West Polk St., 9th Floor
Chicago, IL 60612
Teléfono: 1-877-476-1873
compliance@cookcountyhhs.org



Gracias por elegir

CountyCare

Professional Building
1950 W. Polk St.
Chicago, IL 60612
312-864-8200
855-444-1661 (llamada gratuita)
711 (TDD/TTY)

*Si tiene alguna pregunta, llame al servicio
de atención al miembro al 312-864-8200.*

www.countycare.com

Septiembre de 2026

