



MLTSS

Manual para Miembros

**SERVICIOS PARA MIEMBROS: 312-864-8200 /
855-444-1661 (GRATIS) / 711 (TTY/TDD)**



Bienvenido a CountyCare

Bienvenido a Servicios de atención y apoyo a largo plazo administrados (Managed Long-Term Services and Supports, MLTSS) de CountyCare. Estamos felices de tenerlo como miembro de CountyCare.

Este programa es para personas que reciben beneficios completos de Medicaid y Medicare, viven en un centro de enfermería o reciben servicios de exención. Nuestro programa MLTSS lo ayuda a vivir de la manera más segura e independiente posible en el lugar que usted elija.

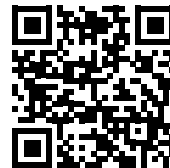
Usted recibirá sus servicios de exención cubiertos por Medicaid o servicios de centro de enfermería a través de CountyCare, y algunos servicios de salud conductual y transporte que no sea de emergencia. Los miembros inscritos en CountyCare deben vivir en Cook County.

El personal de CountyCare está disponible al 312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY), de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.; y los sábados de 9 a. m. a 1 p. m. (hora central) para responder sus preguntas.

Queremos que lea todo lo que se incluye en este paquete y que anote cualquier pregunta que tenga. Explica lo siguiente:

- Cómo obtener servicios de atención médica
- Cuáles son sus beneficios
- Sus derechos y responsabilidades como miembro
- Información de contacto para que sepa a quién llamar

Para leer el certificado de cobertura, escanee el código QR. También puede solicitar una copia llamando a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY).



Números de teléfono y contactos importantes

El horario regular de atención de CountyCare es de
lunes a viernes: 8 a. m. a 6 p. m. (hora central)
Sábados: 9 a. m. a 1 p. m. (hora central).

Emergencias	9-1-1
Servicios para Miembros y Proveedores	312-864-8200 855-444-1661 (gratis) 711 (TDD/TTY)
Fax de Servicios para Miembros	312-548-9940
Fax de Servicios para Proveedores	312-548-9940
Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas	312-864-8200
Transporte	312-864-8200
Sitio web	www.countycare.com

Llámenos si necesita ayuda para entender este manual o si lo necesita en otro idioma o formato, como español, polaco, letra grande, Braille, cinta de audio o CD.

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

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

Miembros con discapacidad auditiva

Llame a Illinois Relay al 711. Pídale al operador que lo comunique con nosotros al 312-864-8200 o 855-444-1661 (gratis). Informe a su médico si necesita un intérprete de lenguaje de señas para una visita médica. Si su médico no tiene uno, llámenos al menos siete días antes de su visita para hacer los arreglos necesarios para que haya un intérprete durante su cita.

Accesibilidad

Si usa silla de ruedas, andador u otros dispositivos y necesita ayuda para entrar al consultorio de su médico, llame al consultorio antes de llegar. De esta manera, alguien estará listo para ayudarlo cuando llegue.

Servicios de idiomas gratuitos

CountyCare ofrece ayuda con el idioma 24/7. Esto incluye días festivos y fines de semana.

Si su proveedor no habla su idioma o no tiene a alguien que pueda hablar con usted de una manera que pueda entender, comuníquese con CountyCare para obtener ayuda. Con siete días de anticipación a su cita, podemos programar un intérprete para que lo acompañe en su próxima visita.

Si habla otro idioma y necesita servicios de interpretación, llame al 1-312-864-8200 o al 1-855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY). Le daremos un intérprete en su idioma. También podemos ayudarlo si necesita interpretación de lenguaje de señas. También puede usar este servicio en el consultorio de su proveedor de atención médica. Este servicio está disponible sin costo para usted. Puede obtener este manual en otro idioma. Llame a Servicios para Miembros al 1-312-864-8200 o al 1-855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/ TTY).

Español

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

Polaco

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

Otro

Este manual para miembros está disponible en otros idiomas. Para obtener una copia impresa, llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY).

Comunicación de CountyCare

Como miembro valioso de CountyCare, recibirá comunicaciones de nuestra parte regularmente. Esto incluirá:

- Una copia de este manual cuando se convierta en miembro de CountyCare

- Una llamada telefónica de nuestra parte para hacer una evaluación de riesgos de salud
- Un boletín enviado a su casa cada cuatro meses

También puede recibir correos electrónicos, mensajes de texto o llamadas recordándole sobre exámenes necesarios. Puede indicar a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros cómo prefiere ser contactado.

Nuestro personal siempre se identificará cuando lo llamemos o devolvamos sus llamadas.

Es importante mantener informados a CountyCare y a la oficina del Departamento de Servicios Humanos de Illinois (Illinois Department of Human Services, IDHS) sobre su dirección y número de teléfono actuales para asegurarnos de que reciba la información que necesita.

Sitio web de CountyCare

El sitio web de CountyCare lo ayuda a obtener respuestas. Visite nuestro sitio web para consultar recursos e información, como:

- Manual para miembros (evidencia de cobertura/contrato)
- Directorio de proveedores
- Noticias actuales
- Funciones de autoservicio para miembros
- Envío de formularios en línea
- Información sobre programas y servicios de CountyCare

Nuestro sitio web es www.countycare.com

Portal seguro para miembros de CountyCare

CountyCare cuenta con un portal seguro para miembros puede:

- Imprimir una tarjeta de identificación temporal
- Enviar/recibir mensajes seguros hacia/desde CountyCare
- Obtener información personalizada

Para registrarse en nuestro portal seguro para miembros, visite www.countycare.com. Desde aquí, podrá configurar su cuenta del portal. Todo lo que necesita es su número de identificación de miembro, que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro de CountyCare.

Tabla de contenido

Servicios para Miembros	4	Servicios de transporte	11
Tarjeta de identificación de miembro	4	Beneficios adicionales para miembros de CountyCare	11
Inscripción abierta	5	Derechos y responsabilidades del miembro en la gestión de atención	12
Redeterminación: Cómo mantener sus beneficios	5	Directivas anticipadas	13
Encuestas de satisfacción del miembro	5	Quejas y apelaciones	13
Comité asesor de afiliados	5	Derechos y responsabilidades	19
Acceso a la atención	6	Fraude, desperdicio y abuso	21
Red de proveedores	6	Salud, seguridad, bienestar, reporte y seguimiento de incidentes	22
Servicios de atención y apoyo a largo plazo administrados (MLTSS)	7	Definiciones	23
Servicios cubiertos basados en la casa y la comunidad (HCBS o "Servicios de exención").....	8	Avisos legales.....	25
Atención a largo plazo	9	Aviso de prácticas de privacidad de CountyCare	27
Servicios de salud conductual y uso de sustancias.....	10		

Servicios para Miembros de CountyCare

Bienvenido a CountyCare.

Nuestro departamento de servicios para miembros (Member Services Department) está listo para ayudarlo a obtener el máximo beneficio de su plan médico.

Número de teléfono de Servicios para Miembros:

312-864-8200

855-444-1661 (gratis)

711 (TDD/TTY)

Horario de atención:

De lunes a viernes: 8 a. m. a 6 p. m.

Sábado: 9 a. m. a 1 p. m.

CountyCare quiere asegurarse de que tenga toda la información que necesita sobre su plan. Puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener la siguiente información:

- Sus beneficios, incluidos los incentivos adicionales para miembros que ofrece CountyCare
- Sus derechos y responsabilidades como miembro de CountyCare
- Cómo presentar una queja y una apelación
- Procedimientos para una audiencia imparcial estatal
- La dirección web de CountyCare y la información básica disponible en línea
- Nuestro Certificado de Cobertura, que explica que estamos contratados por el Estado de Illinois
- Nuestros proveedores afiliados
- Hacer preguntas u obtener información

La mayor parte de esta información también está en este manual. Puede encontrar información adicional en el sitio web de CountyCare: www.countycare.com. Si en cualquier momento necesita ayuda con esta información o quiere solicitar información adicional, comuníquese con Servicios para Miembros de CountyCare al 312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY). CountyCare lo notificará cada año su derecho a recibir esta información básica.

Puede comunicarse con CountyCare 24/7 llamando al 312-864-8200/855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY).

Espere una llamada de bienvenida de nuestra parte

Un representante de CountyCare lo llamará para darle la bienvenida durante sus primeros 30 días. También responderán a cualquiera de sus preguntas y le pedirán que complete una evaluación de riesgos de salud.

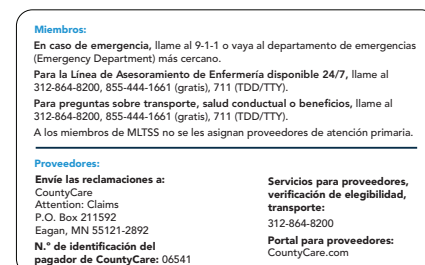
Tarjeta de identificación (Member Identification, ID) de miembro

Su tarjeta de identificación de miembro se encuentra en su paquete de bienvenida. Revise su tarjeta de identificación para asegurarse de que la información sea correcta. Si su tarjeta no está en su paquete de bienvenida, llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200/855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY).

Lleve siempre su tarjeta de identificación de CountyCare y su tarjeta de identificación de Medicare. Es posible que tenga problemas para recibir asistencia si no lleva consigo la tarjeta de identificación correcta. Si tiene otras tarjetas de cobertura médica, llévelas también.



Frente de la tarjeta



Parte de atrás de la tarjeta

Actualización de su dirección y número de teléfono

Es muy importante informar a CountyCare, a su coordinador de atención y al Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS) si su dirección o número de teléfono cambia. Notifique a CountyCare y denos su información actualizada. Puede comunicarse con nosotros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY), y con la línea de ayuda de IDHS al 800-843-6154.

Inscripción abierta

Una vez al año, puede cambiar de plan médico durante un período específico llamado "inscripción abierta". Servicios de Inscripción de Clientes (Client Enrollment Services, CES) de Illinois le enviará una carta aproximadamente 60 días antes de su fecha de aniversario. Su fecha de aniversario es un año después de la fecha de inicio de su plan médico y está incluida en la carta de inscripción abierta. Tendrá hasta la fecha indicada en su carta de inscripción abierta para cambiar de plan médico. Puede cambiar de plan llamando a CES al 877-912-8880 o visitando <https://enrollhfs.illinois.gov>. **Si no quiere cambiar de plan, no necesita hacer nada y permanecerá con CountyCare. Puede optar por no participar en MLTSS en cualquier momento si se inscribe en un Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad Totalmente Integrado (Fully Integrated Dual Eligible Special Needs Plan, FIDE SNP).**

Si tiene preguntas sobre su inscripción o cancelación de su inscripción en CountyCare, comuníquese con Servicios de Inscripción de Clientes (CES) al 877-912-8880.

Redeterminación: Cómo mantener sus beneficios

La redeterminación es el proceso anual para verificar que usted sigue siendo elegible para Medicaid. Recibirá formularios por correo del Estado al menos 30 días antes de su fecha de redeterminación. Algunos miembros serán renovados automáticamente y no tendrán que responder. El formulario que reciban indicará que su cobertura continuará. Otros deberán responder. Los formularios que deben completarse indicarán "Beneficios médicos: Aviso de

renovación". Los miembros que reciban estos formularios deben completarlos antes de la fecha límite indicada o podrían perder su cobertura de Medicaid.

Es importante mantener su dirección actualizada con el Estado de Illinois para asegurarse de recibir su documentación de renovación. Si se muda o tiene una nueva dirección postal, llame al 877-805-5312.

Si tiene preguntas o necesita ayuda con su redeterminación, puede llamar a la línea de CountyCare al 312-864-REDE (7333).

Tenga cuidado con las estafas. Illinois nunca le pedirá dinero para renovar Medicaid ni para presentar una solicitud. Reporte fraudes a la línea directa de fraude de Medicaid al 1-844-453-7283/1-844-ILFRAUD.

¿Qué sucede si pierdo mi cobertura?

Si pierde su cobertura de Medicaid por no cumplir con la fecha de redeterminación, tiene hasta 90 días para enviar los formularios. Cuando el estado haya procesado su redeterminación, si aún se determina que es elegible, su cobertura de Medicaid se restablecerá y deberá volver a inscribirse.

Encuestas de satisfacción del miembro

Su satisfacción con CountyCare es muy importante para nosotros. Puede recibir una encuesta por correo o por teléfono preguntando qué tan satisfecho o insatisfecho está con los servicios que recibe. Tómese el tiempo para responder. Valoramos su opinión. Esto ayudará a CountyCare a mejorar el servicio que ofrecemos.

Comité asesor de afiliados

CountyCare invita a sus miembros a reunirse en persona para compartir sus opiniones. Durante las reuniones del Comité asesor de afiliados, los miembros revisan nuestros materiales y [sitio web](#) y nos dicen lo que piensan sobre nuestro programa. CountyCare usa esta información para hacer cambios en el programa según las necesidades de los miembros. Si quiere ser parte de nuestro Comité asesor de afiliados, llámenos al 312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY).

Acceso a la atención

Orientación sobre Medicare

Medicare es su fuente principal de cobertura médica y CountyCare cubre los siguientes servicios de Medicaid: atención de enfermería a largo plazo en un hogar de ancianos, servicios de exención basados en la casa y la comunidad, salud conductual y transporte que no sea de emergencia. Para preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare, incluyendo los beneficios, los reclamos o las redes de proveedores, comuníquese directamente con su pagador de Medicare. Su coordinador de atención puede ayudarlo si lo necesita.

Si no está seguro de quién es su pagador de Medicare, puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda al 1-800-633-4227. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Los representantes de Medicare están disponibles 24/7.

Programación de citas

Es muy importante que asista a todas sus citas y que llegue a tiempo. Si necesita ayuda para hacer una cita, comuníquese con su coordinador de atención o con Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY).

Si no puede asistir a una cita, cáncela al menos 24 horas antes. Si necesita cambiar una cita, llame al consultorio del médico lo antes posible y podrán programarle una nueva cita. Si necesita ayuda para programar una cita, llame a su coordinador de atención o a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY).

Coordinación de atención

CountyCare tiene varios programas para mejorar la salud de nuestros miembros. Lo hacemos mediante educación y ayuda personalizada del personal de CountyCare. Esto se llama "coordinación de atención". Esto también se conoce como "gestión de casos". El objetivo de este servicio es mejorar la calidad de su atención y ayudarlo a mejorar su salud. Puede averiguar quién es su coordinador de atención llamando a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY).

Su coordinador de atención lo ayudará con:

- Conexión con los cuidadores y sus proveedores de atención médica
- Una evaluación de sus condiciones
- Planificación de la atención ayudándolo a establecer sus metas a corto y largo plazo según lo que más le importa
- Coordinación de servicios para dar atención necesaria y eficiente

Un Coordinador de atención es una persona recurso que:

- Responde sus preguntas
- Comparte su conocimiento del sistema de atención médica
- Lo ayuda a considerar sus opciones y decisiones
- Ayuda con las remisiones para recibir tratamiento en centros de atención médica
- Identifica beneficios cubiertos
- Lo ayuda a crear un plan de respaldo para emergencias si su atención, servicios o equipo se ven afectados
- Ayuda a planificar su transición fuera del hospital
- Lo ayuda a conectar con recursos comunitarios
- Lo visita en un centro de atención médica o donde usted vive

La información obtenida a través de nuestro proceso de coordinación de atención es confidencial. Se comparte solo cuando es necesario para ayudar a planificar su atención y para pagar correctamente sus servicios.

¿Sabe cómo encontrar a su coordinador de atención? Llene este [formulario](#) o llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY).

Red de proveedores

Una "red de proveedores" es el conjunto de médicos, especialistas, clínicas y hospitales con los que los planes médicos tienen contratos para dar atención a los miembros. CountyCare cuenta con una amplia red de proveedores entre los que puede elegir para los servicios de Medicaid que cubrimos para usted. Puede ver qué proveedores están en nuestra red ingresando en línea a www.countycare.com. El directorio de proveedores muestra el nombre, la dirección, el número de teléfono, el horario de atención, el estado de certificación profesional y los idiomas que habla cada proveedor. Puede llamar a Servicios para Miembros al

312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TTD/TTY) para obtener ayuda para encontrar un proveedor o solicitar que le enviemos por correo una copia impresa del directorio de proveedores.

El consultorio de su proveedor

Cuando consulte a su proveedor, hágale a él/ella y al personal del consultorio las preguntas que aparecen abajo. Al conocer estas respuestas, estará mejor preparado para obtener los servicios cubiertos.

- ¿Cuál es el horario de su consultorio?
- ¿Qué tipos de ayuda especial ofrecen para las personas con discapacidades?
- Si tiene problemas auditivos, ¿tienen un intérprete de lenguaje de señas?

Si el consultorio de su proveedor no tiene intérpretes, CountyCare puede darle uno sin costo. Llámenos al 1-312-864-8200 o al 1-855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY) al menos tres días antes de su cita y solicite que se hagan los arreglos necesarios para un intérprete de lenguaje de señas durante su visita con el proveedor.

Puede hacerle estas preguntas a su proveedor:

- ¿Hablará conmigo sobre los problemas por teléfono?
- ¿Con quién debo comunicarme después del horario de atención si tengo un problema urgente?
- ¿Cuánto tiempo tengo que esperar para una cita?

Copagos

Los miembros de CountyCare no pagan copagos por ninguno de los servicios de MLTSS cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden cobrarles a los miembros de CountyCare por ningún servicio ni copago. Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY).

Autorización previa

La mayoría de los servicios cubiertos deben ser aprobados antes de que pueda recibirlos. Esto se llama "autorización previa". Si su proveedor considera que necesita un servicio, nos solicitará una autorización previa. Nuestro personal altamente calificado toma decisiones sobre la atención y los servicios que usted necesita. Estas decisiones se basan en tres cosas:

- Sus necesidades de servicios
- Las directrices nacionales
- La información de su proveedor

Si usted es nuevo en CountyCare, respetaremos las autorizaciones previas de servicios de Medicaid u otro plan médico durante 90 días calendario después de su inscripción. Llame a Servicios para Miembros al 1-312-864-8200 o al 1-855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY) si tiene preguntas sobre las autorizaciones previas.

Pasos para la autorización previa

- Su coordinador de atención trabajará con usted para desarrollar su plan de atención o servicios. Todos los servicios del plan que le dé su coordinador de atención están autorizados.

—O—

- Su proveedor se comunica con nosotros por teléfono, fax o correo electrónico para solicitar una autorización previa. Nos informa sobre el servicio y por qué lo necesita.
- Nuestro personal revisa la información para decidir si se puede aprobar el servicio. Es posible que se comuniquen nuevamente con su proveedor

Servicios cubiertos de atención y apoyo a largo plazo administrados (MLTSS)

MLTSS es un programa para miembros que tienen los beneficios completos de Medicaid y Medicare, viven en un centro de enfermería o reciben servicios de exención de HCBS.

Los servicios cubiertos de MLTSS incluyen:

- Algunos servicios de salud mental
- Algunos servicios relacionados con el consumo de alcohol y sustancias
- Servicios de transporte no de emergencia a citas
- Servicios de atención a largo plazo en centros especializados e intermedios
- Todos los servicios de exención basados en la casa y la comunidad, como los que se indican abajo en "Servicios HCBS cubiertos", si reúne los requisitos

Servicios cubiertos basados en la casa y la comunidad (HCBS O “Servicios de exención”)

CountyCare administra cinco programas de exención de Servicios Basados en la Casa y la Comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) a través del Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois (Illinois Department of Health Care and Family Services) para las personas que reúnen los requisitos. Pueden aplicarse algunas limitaciones y requisitos de autorización previa.

Un programa de exención presta servicios que permiten a las personas permanecer en sus propias casas o vivir en la comunidad en lugar de vivir en una institución o centro de enfermería. Estos servicios de exención HCBS están disponibles además de los beneficios de salud conductual y transporte. CountyCare no determina su elegibilidad para servicios HCBS. La elegibilidad la determina el Estado de Illinois mediante la herramienta de evaluación Determinación de necesidad (Determination of Need, DON). Después de la evaluación, se asigna una puntuación general de DON, que determinará su elegibilidad.

Los cinco Programas de exención de HCBS que actualmente opera CountyCare incluyen:

EXENCIONES

Exención para adultos mayores

Para personas de 60 años o más que corren el riesgo de ser ingresadas en un centro de enfermería.

Exención para personas con discapacidades

Para personas que tienen una discapacidad física, tienen 18-59 años y están en riesgo de ser ubicadas en un centro de enfermería.

Exención para VIH/SIDA

Para personas de cualquier edad que han sido diagnosticadas con VIH o SIDA y están en riesgo de ser ubicadas en un centro de enfermería.

Exención para personas con lesión cerebral

Para personas de cualquier edad con una lesión cerebral que están en riesgo de ser ubicadas en un centro de enfermería.

Exención para centros de vida asistida

Para personas de 22-64 años con una discapacidad física o de 65 años o más que de otro modo estarían en un hogar de ancianos.

Los servicios cubiertos en cada programa de exención se indican abajo:

Departamento para Adultos Mayores (Department on Aging, DoA)

Personas mayores:

- Servicio de cuidado diurno para adultos
- Transporte para cuidado diurno para adultos
- Servicios de ama de casa
- Sistema de respuesta de emergencia personal (Personal emergency response system, PERS), incluyendo opciones de caídas y GPS
- Servicio de dispensador automático de medicamentos (Automated medication dispenser service, AMDS)

División de Servicios de Rehabilitación (Division of Rehabilitation Services, DRS)

Personas con discapacidades o VIH/SIDA:

- Servicio de cuidado diurno para adultos
- Transporte para cuidado diurno para adultos
- Adaptaciones de accesibilidad de la vivienda
- Asistente médica en la casa
- Servicios de enfermería intermitentes
- Enfermería especializada - enfermero registrado (registered nurse, RN) y enfermero práctico con licencia (licensed practical nurse, LPN)
- Terapia ocupacional
- Terapia física
- Terapia del habla
- Servicios de ama de casa
- Comidas entregadas a domicilio

- Proveedor individual/asistente personal
- Servicios de relevo
- Equipo y suministros médicos especializados
- Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)

División de Servicios de Rehabilitación (DRS)

Personas con lesiones cerebrales:

- Servicio de cuidado diurno para adultos
- Transporte para cuidado diurno para adultos
- Adaptaciones de accesibilidad ambiental para la casa
- Asistente médica en la casa
- Servicios de enfermería intermitentes
- Enfermería especializada - enfermero registrado (RN) y enfermero práctico con licencia (LPN)
- Terapia ocupacional
- Terapia física
- Terapia del habla
- Servicios de ama de casa
- Comidas entregadas a domicilio
- Proveedor individual/asistente personal
- Servicios de relevo
- Equipo y suministros médicos especializados
- Servicios prelaborales
- Servicios de rehabilitación diurnos
- Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)
- Servicios conductuales: Maestría (Masters, MA) y Doctor en Medicina (Doctor of Medicine, MD)
- Servicios de relevo

Healthcare and Family Services (HFS)

Centro de vida asistida:

- Vivienda estilo apartamento
- Servicios auxiliares
- Promoción de la salud y ejercicio
- Limpieza de la casa
- Lavandería
- Mantenimiento
- Supervisión de medicamentos

- Servicios de enfermería intermitentes
- Cuidado personal
- Programas sociales y recreativos
- Respuesta/seguridad las 24 horas
- Comidas y refrigerios

Nueva tecnología

La nueva tecnología puede usarse para mejorar su atención. También puede ayudar a mejorar su salud. Puede presentarse en forma de:

- Pruebas médicas
- Procedimientos de salud mental
- Dispositivos médicos y más

El uso de nueva tecnología será revisado por el director médico de CountyCare y los comités de calidad y utilización. La nueva tecnología debe cumplir con las directrices de CountyCare para ser aceptada. Estas reglas garantizan que sea segura para usted y que mejore su salud y calidad de vida.

Atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)

La atención a largo plazo a veces se conoce con diferentes nombres, como "hogar de ancianos", "centro de enfermería", "centro de atención a largo plazo" o "centro de enfermería especializada". Estas instalaciones ofrecen servicios que ayudan con necesidades médicas y no médicas de los residentes que necesiten asistencia debido a una enfermedad crónica o discapacidad. Si vive en un centro de atención a largo plazo, CountyCare tiene apoyos para asegurar que reciba la atención que necesita. Si es posible, contamos con recursos para ayudarlo a regresar a vivir de manera independiente en la comunidad.

Comuníquese con su coordinador de atención si quiere hablar sobre atención a largo plazo o vida en la comunidad.

Los servicios de atención a largo plazo, incluyendo los servicios de exención en centros de enfermería y en la casa y la comunidad, no están cubiertos para los miembros de Beneficios Médicos para Personas Mayores (Health Benefits for Seniors, HBIS) en el programa CountyCare Access.

Servicios de salud conductual y uso de sustancias

Si tiene una emergencia que pone en peligro su vida, llame al 9-1-1 o vaya al departamento de emergencias del hospital más cercano.

CountyCare, a través de nuestra amplia red de proveedores, ofrece servicios de salud conductual para tratar trastornos de salud mental y uso de sustancias. Los servicios de salud conductual están disponibles para niños y miembros adultos de CountyCare. Queremos ayudarlo a mantenerse saludable tanto en la mente como en el cuerpo. Para acceder a estos servicios, llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200/ 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY). Los servicios están disponibles a nivel ambulatorio, hospitalario y residencial según la necesidad del miembro.

Nuestra red de proveedores ofrece tratamiento para:

- Ansiedad
- Trastorno bipolar
- Depresión
- Esquizofrenia

- Trastornos por uso de sustancias (como uso de drogas o alcohol)
- Otras condiciones de salud mental o conductual

Los servicios de salud conductual cubiertos por CountyCare incluyen, entre otros:

- Tratamiento asistido con medicamentos para trastorno por uso de sustancias, como methadone, suboxone y naltrexone
- Servicios de estabilización de crisis
- Manejo de medicamentos
- Evaluaciones de salud mental
- Manejo de casos
- Terapia individual, grupal y familiar
- Pruebas psicológicas
- Apoyo comunitario
- Hospitalización parcial
- Atención psiquiátrica hospitalaria
- Terapia electroconvulsiva (Electroconvulsive therapy, ECT)
- Manejo de abstinencia
- Rehabilitación residencial



Si necesita estos servicios, hable con su PCP o coordinador de atención, o llámenos al 312-864-8200/ 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY). También puede ir a nuestro [sitio web](#) y seleccionar el proveedor que quiere ver. CountyCare solo pagará por servicios prestados por un proveedor dentro de la red. Para encontrar un proveedor de salud conductual, visite nuestro sitio web en www.countycare.com o llámenos. Puede averiguar si su proveedor preferido está dentro de la red y obtener más información sobre los servicios de salud conductual.

Servicios móviles de respuesta a crisis - CARES

Crisis and Referral Entry Services (CARES) es un servicio de respuesta telefónica que atiende llamadas de crisis de salud mental para niños y familias en Illinois. Los miembros de CountyCare pueden usar la línea de Crisis and Referral Entry Services (CARES), disponible las 24 horas, para hablar con un profesional de salud conductual. Puede llamar si usted o su hijo representan un riesgo para sí mismos o para otras personas, si están teniendo una crisis de salud mental o si quiere una remisión para servicios. Llame a la línea CARES al 1-800-345-9049 (TTY: 1-773-523-4504).

Servicios de transporte

CountyCare da transporte de ida y vuelta a las citas para los servicios cubiertos.

Si necesita transporte, llame a Servicios para Miembros al 312-864-8200 /855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY) o consulte nuestro [sitio web](#) para conocer otras formas de programar un viaje. Debe programar el transporte al menos tres días antes de su visita.

Si necesita que un familiar o asistente de cuidado personal viaje con usted, puede hacerlo sin costo.

Si tiene una emergencia médica, marque el 9-1-1. El transporte de emergencia debe usarse únicamente para emergencias y será pagado por el plan médico que cubre sus beneficios de Medicare.

Puede llamar a los Servicios para Miembros de CountyCare al 312-864-8200, 711 (TTY/TDD) si tiene alguna pregunta.

También puede comunicarse con Bureau of Professional and Ancillary Services al 877-782-5565 para asuntos relacionados con fee-for-service.

Beneficios adicionales para miembros de CountyCare

Como miembro de CountyCare, usted recibe beneficios adicionales además de su cobertura médica regular. Los beneficios adicionales incluyen:



Tarjeta de Recompensas de CountyCare

¿Qué es?

El Programa de Tarjeta de Recompensas de CountyCare le permite ganar recompensas en efectivo para pagar lo que necesita, como alimentos, transporte, servicios públicos y más, en la mayoría de los lugares que aceptan Visa.

CountyCare le enviará una tarjeta de recompensas Visa de CountyCare por correo la primera vez que gane una recompensa. Cuando active la tarjeta, podrá usarla para pagar lo que necesite en la mayoría de los lugares que aceptan Visa. Su tarjeta no puede usarse para comprar alcohol, tabaco ni productos de armas de fuego.

Los miembros tienen seis meses desde la fecha en que se agrega la recompensa a su tarjeta para usar el crédito. Después de seis meses, la recompensa caducará. Si pierde su tarjeta, llame inmediatamente al Servicio de Atención al Cliente de CountyCare para cerrar la tarjeta y solicitar que le envíen una nueva e informar sobre cualquier fondo faltante o robado. No hay garantía de que Visa devuelva los fondos perdidos o robados.

Si ha transcurrido más tiempo que los plazos mencionados arriba o si tiene más preguntas, comuníquese con el Servicio de atención al miembro de CountyCare al 312-864-8200/ 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY) para obtener ayuda.

Si usa este programa para pagar el alquiler o los servicios públicos, el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Housing and Urban Development, HUD) requiere que se informe como ingreso si solicita asistencia. Comuníquese con su oficina local del HUD si tiene preguntas.

Evaluación anual de riesgos de salud - recompensa de \$15

Cuando complete su evaluación anual de riesgos de salud, CountyCare le dará un crédito de \$15 en su tarjeta de recompensas. Llame a Servicios para Miembros para que le comuniquen con su coordinador de atención y pueda completar la evaluación.

Finalización de la encuesta de satisfacción de gestión de atención - recompensa de \$15

Los miembros inscritos en gestión de atención que completen la encuesta de satisfacción pueden ganar \$15 cada año que la completen.

Beneficios adicionales de CountyCare

Cupones de Weight Watchers

Los miembros de CountyCare reciben cupones gratuitos para reuniones de Weight Watchers en su área. Llame a Servicios para Miembros para solicitarlos y se los enviaremos por correo.

Si tiene preguntas sobre nuestros beneficios adicionales, llame a Servicios para Miembros de CountyCare al 312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY). Puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m. y los sábados de 9 a. m. a 1 p. m. o visitar nuestro [sitio web](#) para obtener más información.

Derechos y responsabilidades del miembro en la gestión de atención

Participación en el programa de gestión de atención para miembros de HCBS - MLTSS

Los miembros inscritos en Servicios Basados en la Casa y la Comunidad (HCBS) deben participar en la administración

de la atención. No participar en visitas a la casa o no dar consentimiento o acuse de recibo por escrito implicará falta de participación en la gestión de atención. Los miembros de HCBS también deben cumplir con las reglas del programa relacionadas con la cooperación:

- Estar presentes en la casa para recibir los servicios
- Notificar al proveedor con anticipación sobre cualquier ausencia
- Permitir que el proveedor entre a la casa para dar los servicios
- No interferir con la prestación de servicios
- No amenazar al proveedor ni al coordinador de atención, ni comportarse de manera abusiva

Los miembros de HCBS que no permitan visitas domiciliarias, rechacen la coordinación de la atención, opten por no participar en el programa o no cumplan con un memorando de entendimiento (memorandum of understanding, MOU) establecido, a veces llamado Acuerdo de gestión de atención, serán remitidos a la agencia estatal respectiva para la revisión de la elegibilidad para la exención y el inicio del cierre del caso según aplique.

Derechos de los miembros de MLTSS

El consentimiento de un miembro de (M)LTSS HCBS debe estar documentado, al igual que su reconocimiento por escrito de que comprende sus derechos y responsabilidades, que incluyen:

- Educación sobre sus derechos como miembro cuando inician los servicios, cuando cambian los servicios y anualmente
- La oportunidad de elegir los tipos de servicios que recibe y sus proveedores
- El derecho a participar, acordar su plan de atención y recibir una copia de este.
- El derecho a rechazar tratamiento o servicios y a conocer las consecuencias de dicho rechazo sobre su elegibilidad para beneficios o sus resultados médicos
- Educación sobre cómo y a quién informar sobre muerte por negligencia, abuso, negligencia y explotación al momento de la evaluación y reevaluación
- El uso de directivas de atención al final de la vida y directivas anticipadas
- El derecho a recibir notificación y justificación cuando se modifican o finalizan los servicios de coordinación de atención
- Enfoques alternativos cuando el miembro o la familia no puedan participar plenamente en la fase de evaluación

Directivas anticipadas

Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención médica. Una "directiva anticipada" es una decisión por escrito que usted hace sobre su futura atención médica en caso de que esté demasiado enfermo para tomar una decisión en ese momento.

En Illinois, hay cuatro tipos de directivas anticipadas:

- **Poder notarial para atención médica** - Esto le permite elegir a alguien para que tome decisiones sobre su atención médica si usted está demasiado enfermo para decidir por sí mismo. Puede imprimir uno desde el sitio web del Departamento de Salud Pública de Illinois (Illinois Department of Public Health): <https://bit.ly/powerofattorneyhealthcareform>
- **Testamento en vida** - Esto le indica a su médico y a otros proveedores qué tipo de atención quiere si tiene una enfermedad terminal. "Enfermedad terminal" significa que su condición no mejorará.
- **Preferencia de salud mental** - Esto le permite decidir si quiere recibir ciertos tipos de tratamiento de salud mental que podrían ayudarlo.
- **Orden de no resucitar/Órdenes médicas para tratamiento que prolonga la vida (Do Not Resuscitate/Practitioner Orders for Life-Sustaining Treatment, DNR/POLST)** - Esto les indica a su familia, todos sus médicos y otros proveedores qué quiere que se haga en caso de que su corazón o respiración se detengan. También puede usarse para dejar por escrito sus deseos sobre tratamiento que prolonga la vida.

Puede obtener más información sobre directivas anticipadas de su plan médico o de su médico. Si es admitido en el hospital, es posible que le pregunten si tiene una. No tiene que tener una para recibir su atención médica, pero la mayoría de los hospitales recomiendan tener una. Puede elegir tener una o más de estas directivas anticipadas si quiere, y puede cancelarlas o cambiarlas en cualquier momento.

Puede expresar por escrito sus deseos de atención médica mientras esté sano y pueda tomar una decisión. La ley federal exige que se lo informe sobre su derecho a hacer una directiva anticipada cuando sea admitido en un centro de atención médica. También deben preguntarle si ha puesto sus deseos por escrito.

Nadie puede obligarle a completar una directiva anticipada. Usted decide si quiere tener una directiva anticipada.

Cualquier persona de 18 años o más que esté en pleno uso de su facultades mentales y pueda tomar sus propias decisiones puede tener una directiva anticipada. No necesita un abogado para completar una directiva anticipada. Aun así, puede decidir que quiere hablar con un abogado.

Hable con su proveedor para obtener un formulario de directiva anticipada. También puede llamar a Servicios para Miembros o a su coordinador de atención para obtener un formulario de directiva anticipada o ayuda para completarlo.

El sitio web del Departamento de Salud Pública de Illinois también tiene información útil sobre las directivas anticipadas. Puede encontrar esos recursos aquí: <https://bit.ly/healthcareadvancedirectives>

Quejas y apelaciones

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

Quejas

Una queja es un reclamo sobre cualquier asunto que no sea un servicio o artículo denegado, reducido o terminado.

CountyCare toma muy en serio las quejas de los miembros. Queremos saber qué está mal para poder mejorar nuestros servicios. Si tiene una queja sobre un proveedor o sobre la calidad de la atención o los servicios que ha recibido, debe informarnos de inmediato. CountyCare tiene procedimientos especiales para ayudar a los miembros que presentan quejas. Haremos todo lo posible para responder sus preguntas o ayudar a resolver su preocupación. Presentar una queja no afectará sus servicios de atención médica ni la cobertura de sus beneficios.

Si la persona que presenta la queja es cliente del programa de Rehabilitación Vocacional (Vocational Rehabilitation, VR), puede tener derecho a recibir asistencia del Programa de Asistencia al Cliente (Client Assistance Program, CAP) de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (Office of Rehabilitation Services) del Departamento de Servicios Humanos de Illinois para la preparación, presentación y representación de los asuntos que se tratarán en la audiencia.

Estos son ejemplos de cuándo podría querer presentar una queja:

- Su proveedor o un miembro del personal de CountyCare no respetó sus derechos.
- Tuvo problemas para obtener una cita con su proveedor dentro de un tiempo apropiado.
- No estuvo satisfecho con la calidad de la atención o tratamiento que recibió.
- Su proveedor o un miembro del personal de CountyCare fue grosero con usted.
- Su proveedor o un miembro del personal de CountyCare no fue sensible a sus necesidades culturales u otras necesidades especiales que pueda tener.

Puede presentar su queja por teléfono llamando a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY). También puede presentar su queja por escrito por correo o fax a:

Plan médico de CountyCare

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

En la carta de queja, denos tanta información como pueda. Por ejemplo, incluya la fecha y el lugar donde ocurrió el incidente, los nombres de las personas involucradas y detalles sobre lo ocurrido. Asegúrese de incluir su nombre y su número de identificación de miembro. Puede pedirnos ayuda para presentar su queja llamando a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY).

Si no habla inglés, podemos ofrecerle un intérprete sin costo. Incluya esta solicitud cuando presente su queja. Si tiene problemas de audición, llame a Illinois Relay al 711.

En cualquier momento durante el proceso de queja, puede hacer que alguien que conozca lo represente o actúe en su nombre. Esa persona será su “representante”.

Para designar a alguien que lo represente, haga una de las siguientes cosas:

1. Envíenos una carta informando que quiere que otra persona lo represente e incluya en la carta su información de contacto, o

2. Complete el formulario de Representante

Autorizado. Puede encontrar este formulario en nuestro sitio web en <https://bit.ly/ccauthorizedrepresentative>

CountyCare le enviará una carta de acuse de recibo dentro de 48 horas indicando que recibimos su queja. CountyCare intentará resolver su queja de inmediato. Si no podemos hacerlo, es posible que nos comuniquemos con usted para obtener más información. Dentro de 90 días, recibirá una carta de CountyCare con nuestra resolución.

Apelaciones

Una “apelación” es una manera de pedir una revisión de nuestras acciones. Si decidimos que un servicio o artículo solicitado no puede aprobarse, o si un servicio se reduce o se suspende, usted recibirá una carta de determinación adversa de beneficios de nuestra parte. Esta carta le informará lo siguiente:

- Qué medida se tomó y el motivo
- Su derecho a presentar una apelación y cómo hacerlo
- Su derecho a solicitar una Audiencia Imparcial Estatal y cómo hacerlo
- Su derecho, en determinadas circunstancias, a solicitar una apelación acelerada y cómo hacerlo
- Su derecho a solicitar que sus beneficios continúen durante su apelación, cómo hacerlo y cuándo es posible que tenga que pagar por los servicios

Puede apelar dentro de **60 días calendario** a partir de la fecha de nuestra carta de determinación adversa de beneficios. Si quiere que sus servicios sigan igual mientras apela, debe decirlo cuando presente la apelación, y debe presentar la apelación a más tardar **10 días calendario** desde la fecha de nuestra carta de determinación adversa de beneficios. La siguiente lista incluye ejemplos de situaciones en las que podría querer presentar una apelación.

- No aprobar ni pagar un servicio o artículo solicitado por su proveedor
- Interrumpir un servicio que había sido aprobado anteriormente
- No prestarle el servicio o los artículos de manera oportuna

- No informarle de su derecho a la libertad de elegir proveedores
- No aprobar un servicio para usted porque no estaba dentro de nuestra red

Estas son dos maneras de presentar una apelación:

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

Plan médico de CountyCare

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

Si no habla inglés, podemos ofrecerle un intérprete sin costo. Incluya esta solicitud cuando presente su apelación. Si tiene problemas de audición, llame a Illinois Relay al 711.

¿Puede alguien ayudarlo con el proceso de apelación?

Tiene varias opciones de ayuda. Usted puede:

- Pedirle a alguien que conozca que lo ayude a representarlo. Por ejemplo, podría ser su proveedor de atención primaria o un familiar.
- Elegir ser representado por un profesional legal.

Para designar a alguien que lo represente, haga una de las siguientes cosas:

1. Envíenos una carta informando que quiere que otra persona lo represente e incluya en la carta su información de contacto, o
2. Complete el formulario de Representante Autorizado. Puede encontrar este formulario en nuestro sitio web en <https://bit.ly/ccauthorizedrepresentative>



Proceso de apelación

Le enviaremos una carta de acuse de recibo dentro de tres días hábiles para informarle que recibimos su apelación. Le informaremos si necesitamos más información y cómo puede dárnosla en persona o por escrito. Un proveedor con la misma especialidad o una especialidad similar a la de su proveedor tratante revisará su apelación. No será el mismo proveedor que tomó la decisión original de negar, reducir o suspender el servicio médico.

CountyCare le enviará nuestra decisión por escrito dentro de 15 días hábiles a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de apelación. CountyCare puede solicitar una extensión de hasta 14 días calendario adicionales para tomar una decisión sobre su caso si necesitamos más información. Usted también puede pedirnos una extensión si necesita más tiempo para obtener documentos adicionales que respalden su apelación.

Lo llamaremos para informarle nuestra decisión y enviaremos un aviso de decisión a usted y a su representante autorizado.

La Notificación de Decisión le informará qué haremos y por qué.

Si la decisión de CountyCare coincide con la determinación adversa de 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 de beneficios, aprobaremos los servicios para que comiencen de inmediato.

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

- En cualquier momento, puede darnos más información sobre su apelación si es necesario.
- Tiene la opción de revisar su expediente de apelación.
- Puede estar presente cuando CountyCare revise su apelación.

¿Cómo puede acelerar su apelación?

Si usted o su proveedor consideran que nuestro plazo de 15 días para tomar una decisión pondrá seriamente en peligro su vida o salud, puede solicitar una apelación acelerada por escrito o llamándonos. Si nos escribe, incluya su nombre, número de identificación de miembro, la fecha de su carta de determinación adversa de beneficios, información sobre su caso y la razón por la que solicita la apelación acelerada. Le informaremos dentro de 24 horas

si necesitamos más información. Cuando se dé toda la información, lo llamaremos dentro de 24 horas para informarle nuestra decisión y también le enviaremos a usted y a su representante autorizado una notificación con la decisión.

¿Cómo puede retirar una apelación?

Usted 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, usando la misma dirección que usó cuando presentó su apelación. Retirar su apelación finalizará el proceso de apelación y no tomaremos ninguna decisión sobre su solicitud de apelación.

CountyCare acusará recibo del 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 (gratis) / 711 (TDD/TTY).

¿Qué sucede después?

Después de que reciba por escrito la notificación de decisión de la apelación de CountyCare, 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 tomar acción solicitando una Apelación de Audiencia Justa Estatal o una revisión externa de su apelación dentro de **30 días calendario** a partir de la fecha de la Notificación de Decisión. Puede elegir solicitar tanto una Apelación de Audiencia Justa Estatal como una revisión externa, o solo una de ellas.

Audiencia Justa Estatal

Si así lo quiere, puede solicitar una Apelación de Audiencia Justa Estatal dentro de **120 días calendario** a partir de la fecha de la notificación de decisión. Pero si quiere que sus servicios continúen, debe solicitar una Apelación de Audiencia Justa Estatal dentro de **10 días calendario** a partir de la fecha de la Notificación de Decisión. Si no gana esta apelación, podría ser responsable de pagar los servicios que se le dieron durante el proceso de apelación.

En la Audiencia Justa Estatal, al igual que durante el proceso de apelación de CountyCare, puede pedir que alguien lo represente, como un abogado, o un familiar o amigo. Para designar a alguien que lo represente, envíenos una carta informándonos e incluyendo en ella su información de contacto.

Puede solicitar una Audiencia Justa Estatal de una de las siguientes maneras:

- Su Centro Local de Recursos Comunitarios y Familiares puede darle un formulario de apelación para solicitar una Audiencia Justa Estatal y lo ayudará a completarlo, si así lo quiere.
- Visite <https://abe.illinois.gov/access/appeals> para crear una cuenta de apelaciones ABE y presentar una Apelación de Audiencia Justa Estatal en línea. Esto le permitirá dar seguimiento y administrar su apelación en línea, y ver fechas y avisos importantes relacionados con la Audiencia Justa Estatal.
- Si quiere presentar una Apelación de Audiencia Justa Estatal relacionada con sus servicios o artículos médicos o servicios de la Exención para personas mayores (Community Care Program), 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

- También puede llamar al 855-418-4421 / TTY: 800-526-5812
- Si quiere presentar una Apelación de Audiencia Justa Estatal relacionada con servicios o artículos de salud mental, servicios de uso de sustancias, servicios de la Exención para personas con discapacidades, servicios de la Exención por lesión cerebral traumática, servicios de la Exención para VIH/SIDA o cualquier servicio del Programa de Servicios en la Casa (Home Services Program, HSP), envíe su solicitud por escrito a:

**Illinois Department of Human Services
Bureau of Hearings**

69 W. Washington Street, 4th Floor
Chicago, IL 60602
Fax: 312-793-8573
Correo electrónico: DHS.HSPApeals@illinois.gov
O puede llamar al
800-435-0774, TTY: 877-734-7429

Proceso de la Audiencia Justa Estatal

La audiencia será hecha por un funcionario imparcial autorizado para hacer Audiencias Justas Estatales.

Recibirá una carta de la oficina de audiencias correspondiente informándole la fecha, hora y lugar de la audiencia. Esta carta también le dará información sobre la audiencia. Es importante que lea esta carta cuidadosamente. Si crea una cuenta en <https://abe.illinois.gov/access/appeals>, puede acceder a todas las cartas relacionadas con su proceso de Audiencia Justa Estatal a través de su cuenta de apelaciones ABE. También puede cargar documentos y ver citas.

Al menos tres días hábiles antes de la audiencia, recibirá información de CountyCare. Esto incluirá toda la evidencia que presentaremos en la audiencia. Esto también se enviará al funcionario imparcial de la audiencia. Usted debe dar toda la evidencia que presentará en la audiencia a CountyCare y al funcionario imparcial al menos tres días hábiles antes de la audiencia. Esto incluye una lista de cualquier testigo que comparecerá en su nombre, así como todos los documentos que usará para respaldar su apelación.

Deberá notificar a la oficina de audiencias correspondiente sobre cualquier adaptación que pueda necesitar. Su audiencia puede hacerse por teléfono. Asegúrese de dar el mejor número de teléfono para comunicarse con usted durante el horario laboral en su solicitud de Audiencia Justa Estatal. La audiencia puede ser grabada.

Continuación o aplazamiento

Puede solicitar una continuación durante la audiencia o un aplazamiento antes de la audiencia, lo cual puede ser concedido si existe una buena causa. Si el funcionario imparcial de la audiencia está de acuerdo, se les notificará por escrito a usted y a todas las partes de la apelación sobre una nueva fecha, hora y lugar. El plazo para completar el proceso de apelación se prorrogará en consecuencia.

Incomparecencia a la audiencia

Su apelación será desestimada si usted o su representante autorizado no comparecen a la audiencia en la hora, fecha y lugar indicados en el aviso y si no ha solicitado un aplazamiento por escrito. Si su audiencia se hace por teléfono, su apelación será desestimada si usted no responde el teléfono a la hora programada para la apelación. Se enviará un Aviso de Desestimación a todas las partes intervinientes en la apelación.

Su audiencia puede reprogramarse si nos informa dentro de **10 días calendario** desde la fecha en que recibió el Aviso de Desestimación y si la razón de su incomparecencia fue:

- Una muerte en la familia
- Lesión personal o enfermedad que razonablemente le habría impedido presentarse
- Una emergencia repentina e inesperada

Si se reprograma la audiencia de apelación, la oficina de audiencias le enviará a usted o a su representante autorizado una carta reprogramando la audiencia, con copias para todas las partes involucradas en la apelación.

Si denegamos su solicitud para reprogramar su audiencia, recibirá una carta por correo informándole de nuestra denegación.

La decisión de la Audiencia Justa Estatal

La oficina de audiencias correspondiente enviará una decisión administrativa final por escrito a usted y a todas las partes interesadas. La decisión también estará disponible en línea a través de su cuenta de apelaciones ABE. Esta decisión administrativa final solo puede ser revisada por los tribunales de circuito de Illinois. El plazo que el tribunal de circuito concederá para la presentación de dicha revisión puede ser de tan solo 35 días a partir de la fecha de esta carta. Si tiene preguntas, llame a la oficina de audiencias.

Revisión externa (solo para servicios médicos)

Dentro **30 días calendario** después de la fecha de la Notificación de Decisión de apelación de CountyCare, puede elegir solicitar una revisión por parte de alguien ajeno a CountyCare. Esto se llama una **revisión externa**. La persona revisora externa debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser un proveedor certificado por la junta en la misma especialidad o una similar a la de su proveedor tratante
- Que ejerza actualmente
- Que no tenga interés financiero en la decisión
- Que no lo conozca su identidad antes o durante la revisión

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

Su carta debe solicitar una revisión externa de dicha acción y debe enviarse a:

Plan médico de CountyCare

P.O. Box 21153

Eagan, MN 55121

Fax: 312-548-9940

¿Qué sucede después?

- Revisaremos su solicitud para ver si cumple con los requisitos para una revisión externa. Tenemos cinco días hábiles para hacerlo. Le enviaremos una carta para informarle si su solicitud cumple con estos requisitos. Si su solicitud cumple con los requisitos, la carta incluirá el nombre del revisor externo.
- Tiene cinco días hábiles a partir de la fecha de la carta que le enviemos para enviar cualquier información adicional sobre su solicitud al revisor externo.

El revisor externo le enviará a usted o a su representante y a CountyCare una carta con su decisión dentro de cinco días calendario después de recibir toda la información que necesite para completar su revisión.

Revisión externa acelerada

Si el plazo normal 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 sin cargo a Servicios para Miembros al 312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY). Para solicitarla por escrito, envíenos una carta a la dirección indicada abajo. Solo puede solicitar una vez una revisión externa sobre una acción específica. En su carta debe solicitar una revisión externa de dicha acción.

Plan médico de CountyCare

P.O. Box 21153

Eagan, MN 55121

Fax: 312-548-9940

¿Qué sucede después?

- Una vez que recibamos la llamada o carta solicitando una revisión externa acelerada, revisaremos inmediatamente su solicitud para ver si califica para una revisión externa acelerada. Si califica, nos comunicaremos con usted o con su representante para darle el nombre del revisor.
- También enviaremos la información necesaria al revisor externo para que pueda comenzar su revisión.
- Tan rápido como lo requiera su condición médica, pero no más de dos días hábiles después de recibir toda la información necesaria, el revisor externo tomará una decisión sobre su solicitud. Le informará verbalmente a usted o a su representante y a CountyCare cuál es su decisión. También le enviarán una carta a usted o a su representante y a CountyCare con la decisión en un plazo de 48 horas.

Derechos y responsabilidades

CountyCare debe respetar sus derechos como miembro y no puede castigarlo cuando usted ejerce sus derechos.

Derechos del miembro:

- Ser tratado con respeto y dignidad en todo momento.
- Mantener privada su información médica personal y sus expedientes médicos, excepto en los casos permitidos por la ley.
- Estar protegido contra la discriminación.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento usada como medio para forzar, controlar o facilitar represalias o venganza.

- Recibir información, incluyendo el manual para miembros, de CountyCare en otros idiomas o formatos, como audio, letra grande o Braille.
- Disponer de un intérprete cuando sea necesario.
- Tener una conversación franca con su proveedor sobre opciones de tratamiento apropiadas o medicamento necesarias para sus condiciones, 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 explicarle sus opciones de tratamiento de una manera que usted entienda.
- Recibir la información necesaria para tomar decisiones sobre su tratamiento médico.
- Rechazar tratamiento y ser informado de lo que puede ocurrir con su salud si lo hace.
- Recibir una copia de sus expedientes médicos y, en algunos casos, solicitar que sean modificados o corregidos.
- Presentar una queja (a veces llamada "grievance") sobre CountyCare o sobre la atención que recibió sin temor a maltrato o represalias de ningún tipo.
- Apelar una decisión tomada por CountyCare por teléfono o por escrito.
- Solicitar y recibir, en un plazo razonable, información sobre CountyCare Health Plan y sus proveedores, servicios y políticas.
- Recibir información sobre los derechos y responsabilidades de los miembros de CountyCare. También tiene derecho a sugerir cambios en esta política.
- Recibir servicios de atención médica de conformidad con las leyes federales y estatales. CountyCare debe facilitar el acceso a los servicios cubiertos. Los servicios deben estar disponibles 24/7.

Responsabilidades del miembro:

- Tratar al personal de CountyCare y a su personal administrativo con cortesía y respeto.
- Llevar su tarjeta de identificación de CountyCare.
- Mantener sus citas y llegar a tiempo a ellas.
- Si no puede asistir a sus citas, cancélelas con antelación.
- Dar toda la información posible para que CountyCare y sus proveedores puedan darle la mejor atención posible.
- Conocer sus problemas médicos y participar en la toma de decisiones sobre sus objetivos de tratamiento, en la medida de lo posible.
- Seguir las instrucciones y el plan de tratamiento acordado entre usted y su médico.
- Informar a CountyCare y a su coordinador de atención si cambia su dirección o número de teléfono.
- Informar a CountyCare y a su coordinador de atención si tiene otro seguro y seguir esas directrices.
- Leer su manual para miembros para que sepa qué servicios están cubiertos y si hay reglas especiales.

Calificaciones de los proveedores e incentivos para médicos

Usted tiene derecho a recibir información sobre nuestros proveedores. Esto incluye lo siguiente del proveedor:

- Educación
- Certificación de la junta
- Recertificación

Usted tiene derecho a preguntar si tenemos acuerdos financieros especiales con nuestros médicos que puedan afectar el uso de remisiones y otros servicios que pudiera necesitar. Para obtener esta información, llámenos.



Fraude, desperdicio y abuso

Denunciar el fraude, el desperdicio y el abuso (fraud, waste and abuse, FWA) es responsabilidad de todos.

Infórmenos si cree que un proveedor de atención médica o una persona que recibe beneficios está haciendo algo incorrecto.

Hacer algo incorrecto podría ser fraude, desperdicio o abuso, lo cual es contra la ley.

- Se considera "fraude" cuando alguien recibe beneficios o pagos a los que no tiene derecho.
- "Desperdicio" es cuando alguien usa en exceso o hace mal uso de los servicios, recursos o materiales del programa Medicaid, lo que resulta en costos innecesarios.
- "Abuso" es cuando alguien causa daño o perjuicio financiero.

El fraude, el desperdicio y el abuso son incidentes que deben reportarse.

Infórmenos si cree que alguien está:

- Recibiendo pago por servicios que no se prestaron o no eran necesarios.
- No diciendo la verdad sobre una condición médica para obtener tratamiento médico.
- Abusando de los beneficios de su plan.
- Permitiendo que alguien use su ID de CountyCare.
- Usando el ID de CountyCare de otra persona.



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

CountyCare le enviará cartas de vez en cuando para pedirle que confirme que recibió servicios médicos. Revise y responda estas cartas. Esto nos ayuda a prevenir FWA.

¿Qué puedo hacer?

Si cree que un proveedor de atención médica o una persona que recibe beneficios está haciendo algo incorrecto, debe reportarlo de inmediato. Toda la información se mantendrá privada.

Hay muchas maneras de reportar fraude, desperdicio y abuso:

Línea directa de CountyCare para fraude, desperdicio y abuso	844-509-4669
Servicios para Miembros de CountyCare	312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY)
Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois Línea directa para denunciar fraudes de Medicaid/Asistencia Social (HFS)	844-453-7283 / 844-ILFRAUD https://hfs.illinois.gov/oig/reportfraud.html
Departamento de Servicios Humanos de Illinois (DHS) Oficina del Inspector General	800-368-1463 https://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=29410
Línea de ayuda para denunciar el abuso a personas mayores de Illinois (no en un hogar de ancianos)	866-800-1409 / 888-206-1327 (TTY) https://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=32675
Línea de ayuda para personas mayores del Departamento para Personas Mayores (Department of Aging) de Illinois	800-252-8966 https://ilaging.illinois.gov/protectionadvocacy/abuse-reporting.html

Puede encontrar información adicional sobre cómo reportar denuncias de fraude, abuso o negligencia en el siguiente sitio web: <https://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=32675>

Salud, seguridad, bienestar, reporte y seguimiento de incidentes críticos

El estado de Illinois tiene leyes para proteger la salud, la seguridad y el bienestar de adultos vulnerables. Estas leyes pueden aplicarse a incidentes críticos en los que un cuidador u otra persona de confianza cause daño o cree un riesgo serio de daño a un adulto vulnerable, aun si el daño no fue intencional.

Los tipos de incidentes críticos incluyen:

Abuso físico – la imposición intencional de dolor físico o lesión, o la privación intencional de servicios necesarios para la seguridad física de una persona

Abuso emocional – un acto que causa daño emocional, provoca miedo o vergüenza, o de otra manera afecta negativamente la salud mental o la seguridad de una persona

Negligencia – la falta de una agencia, instalación, empleado o cuidador de prestar los importantes servicios necesarios para mantener la salud física o mental de un adulto vulnerable

Abuso financiero – el mal uso o la apropiación indebida de los bienes o recursos del adulto vulnerable mediante influencia indebida, incumplimiento de una relación fiduciaria, engaño, acoso, coacción criminal, robo u otros medios ilícitos o inapropiados.

Requisitos para reportar incidentes críticos

Los incidentes que involucren abuso, negligencia y abuso financiero hacia un miembro deben ser reportados a las autoridades, según lo exige la ley estatal.

Cómo reportar un incidente crítico

Los incidentes relacionados con los miembros de CountyCare se pueden reportar a CountyCare completando un informe de incidente crítico usando el enlace de abajo o llamando a

Servicios para Miembros al **312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY).**

Enlace: <https://cmis.cookcountyhealth.org/criticalincident.html>

También puede reportar incidentes críticos a la agencia estatal correspondiente de la siguiente manera:

- **Para miembros de 18-59 años con discapacidad o de 60 años o más que vivan en la comunidad:**

Illinois Department on Aging-Adult Protective Services

Número de teléfono de la línea directa:
866-800-1409 (voz) TTY: 888-206-1327

- **Para miembros menores de 18 años:**

Línea directa Illinois Department of Children & Family Services (DCFS)

Número de teléfono: **800-252-2873 (voz) TTY: 800-358-5117.**

- **Para miembros en centros de enfermería:**

*Departamento de Salud Pública
Queja sobre residencia de ancianos*

Número de teléfono de la línea directa:
800-252-4343

- **Para miembros de 18-59 años que reciben servicios de salud mental o para personas con discapacidades del desarrollo en programas operados, autorizados, certificados o financiados por el DHS:**

*Departamento de Servicios Humanos de Illinois,
Office of the Inspector*

Número general de teléfono:
800-368-1463 (voz y TTY)

- **Para miembros en centros de vida asistida:**

Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois SLF

Número de teléfono de la línea directa para quejas: **800-226-0768**

Si usted o un familiar presencia, recibe información sobre o sospecha un incidente de abuso, negligencia, abuso financiero, o cualquier otro evento que pueda poner en riesgo al miembro o a sus servicios médicos, es importante reportar la denuncia de inmediato. Abajo, se muestran algunos ejemplos:

Señales de abuso físico a las que debe prestar atención:

- Golpes, puñetazos, palizas
- Bofetadas, cachetadas

- Empujones, zarandeos, sacudidas
- Pellizcos, cortes, tajadas
- Restricción física inapropiada

Señales de abuso sexual a las que debe prestar atención:

- Violación
- Violación en una cita
- Intento de violación
- Toques inapropiados
- Agresión sexual o abuso sexual
- Desnudez forzada
- Contenido sexual explícito

Señales de abuso emocional a las que debe prestar atención:

- Insultos
- Gritos, acoso
- Ridiculización, ofensas
- Amenazas
- Coerción, manipulación

Señales de negligencia a las que debe prestar atención:

- Lesión que no ha sido atendida adecuadamente
- Deshidratación o desnutrición sin causas relacionadas con enfermedad
- Coloración deficiente, ojos o mejillas hundidos
- Ropa o cama sucias
- Falta de necesidades básicas como comida, agua o servicios públicos
- Usar la misma ropa todo el tiempo
- Pulgas o piojos en la persona
- Descuidado, sucio
- Cabello apelmazado, enredado o sin peinar

Señales de abuso financiero a las que debe prestar atención:

- Acceder a los fondos de otra persona sin su consentimiento.
- Cambiar la titularidad de bienes
- Firma falsificada para transacciones financieras
- Cambiar documentos legales, como testamentos
- Usar el dinero de otra persona para fines personales

Definiciones

Apelación significa una solicitud para que su plan médico revise una decisión nuevamente.

Copago significa una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, por lo general cuando recibe el servicio. La cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Equipo médico duradero significa equipo y suministros ordenados por un proveedor de atención médica para uso diario o prolongado.

Condición médica de emergencia significa una enfermedad, lesión, síntoma o condición tan grave que una persona razonable buscaría atención de inmediato para evitar un daño severo.

Transporte médico de emergencia significa servicios de ambulancia para una condición médica de emergencia.

Atención en sala de emergencias significa los servicios de emergencia que usted recibe en una sala de emergencias.

Servicios de emergencia significa la evaluación de una condición médica de emergencia y el tratamiento para evitar que la condición empeore.

Servicios excluidos significa servicios de atención médica que su seguro o plan médico no paga ni cubre.

Queja significa una queja que usted comunica a su plan médico.

Servicios y dispositivos de habilitación significa servicios que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funcionamiento para la vida diaria. Los ejemplos incluyen terapia para un niño que no camina o no habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y del lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos de hospitalización o ambulatorios.

Seguro médico es un contrato que requiere que su aseguradora médica pague algunos o todos sus costos de atención médica a cambio de una prima.

Plan médico significa una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También incluye coordinadores de atención que lo ayudan a manejar sus proveedores y servicios. Todos trabajan juntos para darle la atención que necesita.

Atención médica en la casa significa servicios de atención médica que una persona recibe en casa.

Servicios de hospicio significa servicios para dar comodidad y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospitalización significa atención en un hospital que requiere admisión como paciente internado y por lo general requiere una estadía nocturna. Una estadía nocturna para observación podría ser atención ambulatoria.

Atención ambulatoria hospitalaria significa atención en un hospital que por lo general no requiere una estadía nocturna.

Medicamento necesario significa servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, padecimiento o sus síntomas, y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina.

Red significa las instalaciones, proveedores y surtidores con los que su aseguradora o plan médico ha contratado para dar servicios de atención médica.

Farmacia de la red significa una farmacia que ha aceptado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas solo están cubiertas si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red o “proveedor” o “proveedor del plan” es el término general que usamos para médicos, enfermeros y otras personas que le dan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención en la casa, clínicas y otros lugares que le dan servicios de atención médica, equipo médico y servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por los Centers for Medicare and Medicaid Services y por el estado de Illinois para dar servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan médico, aceptar nuestro pago y no cobrar a nuestros miembros una cantidad adicional.
- Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red para recibir servicios cubiertos.

Proveedor no participante es un proveedor que no tiene un contrato con su aseguradora o plan médico para darle servicios. Usted pagará más por consultar a un proveedor no participante. Revise su póliza para ver si puede acudir

a todos los proveedores que tienen contrato con su plan médico o si su seguro o plan tiene una red escalonada y usted debe pagar más para consultar a algunos proveedores.

Fuera de la red significa servicios fuera de la red contratada de proveedores del plan. En algunos casos, los costos de bolsillo del beneficiario pueden ser más altos para un beneficio fuera de la red.

Proveedores participantes aceptan trabajar con el plan médico, aceptar el pago y no cobrar una cantidad adicional a los miembros. Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar proveedores participantes para recibir servicios cubiertos. Los proveedores participantes también se llaman “proveedores de la red”.

Servicios médicos son servicios de atención médica que un médico con licencia (por ejemplo, M.D. – doctor en medicina, D.O. – doctor en medicina osteopática) da o coordina.

Plan es la combinación de beneficios de seguro médico bajo un producto, red de proveedores y área de servicio.

Preautorización o autorización previa significa una decisión de su aseguradora o plan médico de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero es medicamento necesario. A veces también se llama autorización previa, aprobación previa o precertificación. Su seguro o plan médico puede requerir preautorización para ciertos servicios antes de que usted los reciba, excepto en una emergencia. La autorización previa no es una promesa de que su seguro o plan médico cubrirá el costo.

Prima significa la cantidad que debe pagarse por su seguro o plan médico. Usted o su empleador por lo general la pagan mensual, trimestral o anualmente.

Cobertura de medicamentos recetados significa seguro de salud o un plan médico que ayuda a pagar medicamentos y medicinas recetadas.

Medicamentos recetados significa medicamentos y medicinas que por ley requieren receta médica.

Médico de atención primaria significa un médico (por ejemplo, M.D. – doctor en medicina, D.O. – doctor en medicina osteopática), según lo permita la ley estatal, que da, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Proveedor de atención primaria significa un médico (por ejemplo, M.D. – doctor en medicina, D.O. – doctor en medicina osteopática), enfermero practicante, especialista

clínico en enfermería o asistente médico, según lo permita la ley estatal, que da, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Servicios y dispositivos de rehabilitación significa servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o deteriorado porque una persona estuvo enferma, lesionada o discapacitada. Esto también incluye el tratamiento que usted recibe para ayudarlo a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación mayor. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y del lenguaje y servicios de rehabilitación psiquiátrica en una variedad de entornos de hospitalización o ambulatorios. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Atención de enfermería especializada significa servicios de enfermería dados dentro del alcance de la Illinois Nurse Practice Act (225 ILCS 65/50-1 et seq.) por enfermeros registrados, enfermeros prácticos con licencia o enfermeros vocacionales autorizados para ejercer en el estado.

Atención en centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) significa la atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación dados de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas (intravenous, IV) que puede administrar un enfermero registrado o un médico.

Especialista significa un médico que se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y condiciones.

Atención urgente significa atención para una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en una sala de emergencias.

Avisos legales

Declaración de No Discriminación

La discriminación es ilegal. CountyCare cumple las leyes civiles federales aplicables y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. CountyCare no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

CountyCare:

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

Si necesita estos servicios o quiere pedir una copia impresa de los materiales, comuníquese con Servicios al Miembro (Member Services) en CountyCare: Teléfono: 312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis) / 711 (TDD/TTY).

Si cree que CountyCare no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, país de origen, 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 (gratis) / 711 (TDD/TTY)
Fax: 312-548-9940
Electrónicamente: [HealthTrio connect - connect Login](#)

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.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services), electrónicamente a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, o por correo o por 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)
Los formularios de quejas están disponibles en
<https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

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 / 711。

한국어/Korean:

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

عبرع /Arabic:

رکذا تدرحت تنک اذا: عظوحلم
ةيوغلل ا ددعاسملا تامدخ نإف، ةغلل
لصتا. ن اجملاب كل رفاوتت
1661-444-855 / 8200-864-312
/ 711 مكلبل او مصل ا فتاه مقر

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
(TTY: 711).

وُردُا/Urdu

مے تلوب ودرآ پآ رگا: رادر بځ
نابز وک پآ وت، سی
تفم تامدخ ی ک ددم ی ک
سی۔ بای تسد سی
312-864-8200 / 855-
444-661 (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
(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 (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

দৃষ্ট আকর্ষণ: আপন যদি বাংলা
ভাষায় কথা বলনে, তাহলে আপনার জন্য
বনিমূল্যে ভাষা সহায়তা পরষিবো উপলব্ধ।
কল করুন 312-864-8200 / 855-444-
1661 (টোলমুক্ত) / 711 (TTY)।

Aviso de prácticas de privacidad de CountyCare

ESTE AVISO LE INFORMA CÓMO SU INFORMACIÓN
MÉDICA PUEDE SER USADA Y COMPARTIDA POR SU
PLAN MÉDICO. TAMBIÉN DESCRIBE CÓMO PUEDE
ACCEDER A SU PROPIA INFORMACIÓN MÉDICA.
REVÍSELO DETENIDAMENTE.

¿Qué es este documento?

Este documento, llamado Aviso de Prácticas de Privacidad, le informa de cómo CountyCare ("nosotros") puede usar y compartir su información médica e información demográfica, incluyendo, entre otros, su raza, etnia, idioma u orientación sexual. Este aviso también describe sus derechos para acceder a su información y nuestras responsabilidades para protegerla. Debemos mantener su información médica privada y segura.

¿Qué es información médica?

"Información médica" significa cualquier información relacionada con su atención médica que lo identifique. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a, su nombre, fecha de nacimiento, detalles sobre la atención médica que recibió o los montos pagados por su atención.

¿Por qué se me entrega este aviso?

La ley nos exige proteger la privacidad de su información médica y darle información sobre cómo la usamos y compartimos. También estamos obligados por ley a darle este aviso. Estas leyes estatales y federales refuerzan nuestro compromiso con usted, como miembro, de mantener y proteger cuidadosamente su confidencialidad. Aunque no es información médica, también aplicamos la misma privacidad y protección a su información demográfica, como raza, etnia, idioma y orientación sexual. No usaremos ni compartiremos su información salvo como se describe aquí, a menos que usted nos dé su permiso por escrito. Su información demográfica no se usará para negar servicios, cobertura o beneficios. Si nos da permiso para compartir su información, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de opinión.

¿Quién cumple este aviso?

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

Cómo podemos usar o compartir su información médica y demográfica

Para gestionar su tratamiento de atención médica.

Usaremos y compartiremos su información para ayudar con su atención médica.

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

Por ejemplo: Podemos compartir su información demográfica y médica (como su idioma preferido) con una agencia de servicios que organiza servicios de vivienda de apoyo para la atención médica.

Para operaciones de atención médica. Usaremos y compartiremos su información médica para hacer nuestro trabajo y evaluar cómo lo estamos haciendo. Podemos comunicarnos con usted cuando sea necesario, o si usted aceptó ser contactado.

Por ejemplo: Usaremos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted o para asegurarnos de que está recibiendo buena atención.

Por ejemplo: Enviamos datos relacionados con su información médica al estado de Illinois para demostrar que estamos cumpliendo nuestro contrato.

Para pagar sus servicios médicos. Podemos usar y compartir su información médica mientras pagamos por sus servicios médicos.

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

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

Por ejemplo: Compartiremos su información con una empresa de transporte para asegurarnos de que llegue a sus citas.

Con asociados comerciales. Podemos compartir su información médica con otra empresa, llamada "asociado comercial", que contratamos para dar un servicio a nosotros o en nuestro nombre. Solo compartiremos su información si el socio comercial ha acordado por escrito mantener la información demográfica y médica privada y segura.

Cómo podemos usar o compartir su información médica y demográfica con su permiso

Usted puede decidir cómo usamos y compartimos su información en las situaciones que se describen abajo. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones. Si no puede indicarnos su preferencia, podríamos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted.

Con personas involucradas en el pago de su atención.

Podemos compartir su información médica con sus familiares, amigos u otra persona que usted nos indique que participa en su atención médica o que ayuda a pagarla. Usted tiene derecho a pedirnos que no compartamos su información con ciertas personas, pero debe informarnos. En una situación de emergencia u otra circunstancia en la que no pueda decirnos su preferencia, podríamos compartir parte de su información con familiares, amistades u otras personas si creemos que es lo mejor para usted.

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

Podemos informarle sobre servicios médicos, productos, tratamientos posibles o alternativas disponibles para usted. Podemos darle información a través de un boletín general, en persona o por medio de productos o servicios de valor nominal. Podemos compartir su información médica con un asociado comercial que nos ayude con estas actividades. Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico o mensaje de texto para recordatorios de citas, encuestas para miembros, beneficios de programas de bienestar u otras comunicaciones generales y contenido relacionado con la atención médica si usted nos ha dado su dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil. Podríamos contactarlo por llamada telefónica, correo electrónico o mensaje de texto si ha dado esos medios de contacto. Usted puede comunicarse con nosotros para pedir específicamente que no lo contactemos por alguno de esos medios. No podemos vender su información médica sin su permiso por escrito.

Con padres y tutores legales de menores. Podemos revelar información médica sobre niños menores a sus padres o tutores legales, a menos que dicha revelación esté prohibida por la ley. Si un menor está emancipado, casado, embarazada o tiene un hijo, no compartiremos su información con sus padres o tutores legales sin el

permiso del menor. Si un menor está recibiendo atención por ciertas condiciones sensibles, como VIH/SIDA, condiciones de salud mental, atención reproductiva y otras, no revelaremos esta información a los padres o tutores legales del menor sin permiso, a menos que la ley lo exija o lo permita.

Para hacer investigaciones. Podemos usar y revelar su información médica con fines de investigación. Sin embargo, la mayoría de los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial y requieren su permiso si un investigador participará en su atención o tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que lo identifique. La ley permite que cierta investigación se haga usando su información médica sin requerir su autorización.

Cómo debemos compartir su información médica

También debemos compartir su información en situaciones que contribuyen al bien o la seguridad pública, o si la ley nos exige compartirla. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines.

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

Por ejemplo:

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Para reportar nacimientos y defunciones;
- Para reportar abuso o negligencia infantil;
- Para ayudar a reportar información a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. sobre productos que supervisa;
- Para reportar reacciones adversas a medicamentos;
- Para informarle de que pudo haber estado expuesto a una enfermedad o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; o
- A su empleador en ciertos casos limitados.

Con organismos del orden público. Compartiremos su información médica cuando estemos obligados a hacerlo por ley federal, estatal o local, o por los tribunales.

Por ejemplo:

- Para responder a una orden judicial, orden de arresto, citación u otro proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo importante o persona desaparecida; o
- Para obtener información sobre una víctima de un delito, real o presunta.

Podemos compartir información con un agente del orden público:

- Si creemos que una muerte fue el resultado de un delito;
- Para reportar delitos cometidos en nuestra propiedad; o
- En caso de emergencia.

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

Durante una investigación. Compartiremos su información con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. si la solicita como parte de una investigación sobre una violación de privacidad. Según estas leyes, debemos entregarle los registros sobre usted que solicite. En ciertas circunstancias limitadas, se nos permite retener parte de la información.

Funciones gubernamentales especiales. Podemos compartir su información médica con:

- Funcionarios federales autorizados;
- Las autoridades de comando de las fuerzas armadas o las agencias federales para ver si usted es apto para el servicio militar, elegible para los beneficios médicos para veteranos o médicamente apto para recibir una autorización de seguridad;
- Con fines de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional; y
- Para proteger al Presidente de los Estados Unidos.

Abuso y negligencia. Es posible que tengamos que compartir su información para reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica a agencias estatales y federales. Lo más probable es que se le informe cuando compartamos esta información con dichas agencias.

Para asistencia en casos de desastre. Podemos compartir su información médica en una situación de asistencia en caso de desastre.

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

Con forenses, médicos legistas y directores de funerarias.

Podemos compartir información médica con un forense o médico legista 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 hacer su trabajo.

Actividades de supervisión en salud. Ciertas agencias médicas supervisan los sistemas de atención médica y los programas gubernamentales para asegurarse de que se cumplan las leyes de derechos civiles. Podemos compartir su información con estas agencias para esos fines.

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

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

Cómo protegemos el uso de su información

Cómo mantenemos su información segura. Tomamos medidas para proteger su información demográfica y médica y mantenerla privada. Usamos medidas de seguridad físicas y electrónicas para proteger su información médica, incluyendo sistemas informáticos seguros, controles de acceso y contraseñas, políticas de restricción de uso y mínimo necesario para los empleados, y capacitación obligatoria para empleados y proveedores.

Sus derechos con respecto a su información médica y demográfica

Usted tiene derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a pedirnos que limitemos las maneras en que usamos y compartimos su información médica para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Estamos obligados a aceptar su solicitud si la revelación es con el propósito de hacer un pago o para operaciones

de atención médica y no es requerida de otra manera por ley. También debemos aceptar la solicitud si la información médica se relaciona únicamente con un servicio o artículo de atención médica que usted o una persona distinta de su plan médico haya pagado por completo en su nombre. También puede solicitarnos que limitemos la información que usamos o compartimos con sus familiares, amigos o cualquier otra persona que, según usted, esté involucrada en su atención médica o ayude a pagarla.

Debe enviarnos su solicitud por escrito, firmada y con fecha. Debe describir la información que quiere limitar e indicarnos quién no debe recibir esta información. Debe enviar su solicitud escrita al plan médico de CountyCare, Attention: Compliance, 1950 W. Polk St., Suite 9217, Chicago, IL 60612. Le informaremos si aceptamos o no su solicitud.

Si la aceptamos, la cumpliremos, a menos que la información sea necesaria para tratarle en una emergencia.

Tiene derecho a obtener una copia de su conjunto de registros designado. Usted tiene derecho a leer o recibir una copia del conjunto de registros designado que tenemos sobre usted.

Para revisar y obtener copias de esta información, debe hacer una solicitud por escrito. Le entregaremos una copia o un resumen del conjunto de registros designado dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Si solicita una copia de su conjunto de registros designado, podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de copia, envío u otras actividades asociadas con su solicitud.

Usted tiene derecho a solicitar cambios. Puede pedirnos que modifiquemos su información médica, demográfica o el registro de pagos si cree que contiene errores o está incompleto. Debe enviarnos una solicitud por escrito e incluir la razón por la que quiere el cambio. No estamos obligados a aceptar la modificación solicitada. Si no aceptamos el cambio, le informaremos por escrito dentro de los 60 días. Luego puede enviar otra solicitud si no está de acuerdo con nosotros. Dicha declaración se adjuntará a la información que usted quería corregir.

Usted tiene derecho a solicitar comunicación confidencial. Puede pedirnos que lo contactemos de una forma específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de su oficina), o que le enviemos correspondencia a una

dirección distinta. Consideraremos todas las solicitudes razonables. Estamos obligados a aceptar su solicitud si usted nos dice que su seguridad estaría en peligro si no lo hacemos.

Usted tiene derecho a un informe de las revelaciones.

Usted tiene derecho a hacer una solicitud por escrito para obtener 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 y el motivo. Incluiremos todas las revelaciones, excepto aquellas relacionadas con tratamiento, pago, operaciones de atención médica o cualquier revelación que usted nos haya pedido hacer. Le daremos un informe por año sin costo, pero cobraremos una tarifa razonable si solicita otro dentro de un período de 12 meses. Su solicitud escrita debe especificar un período de tiempo para estas revelaciones.

Usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso.

Usted tiene derecho a pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Le daremos una lo antes posible.

Usted tiene derecho a elegir a alguien que actúe en su nombre. Si ha designado a alguien con un poder notarial médico, o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Si ha elegido a alguien para que actúe en su nombre, debe enviar una copia de la documentación que le otorga a esa persona la autoridad para hacerlo.

Información de salud reproductiva. No usaremos su información médica para hacer ni ayudar a otros a hacer investigaciones ni imponer sanciones por el simple hecho de buscar, obtener o facilitar atención médica reproductiva que sea legal. En los casos en que recibamos solicitudes de su información médica que puedan incluir información de salud reproductiva para actividades de supervisión de salud, procedimientos judiciales o administrativos, fines de aplicación de la ley o revelaciones a médicos forenses y examinadores médicos, obtendremos una certificación firmada del solicitante que indique que su solicitud no tiene un propósito prohibido.

Les informaremos que los usos y revelaciones indebidos de su información médica pueden resultar en sanciones penales.

Información genética. No está permitido usar información genética para decidir si le daremos cobertura ni el precio de esa cobertura.

Información sobre el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD).

Si recibimos o mantenemos cualquier información sobre usted de un programa de tratamiento de SUD que está cubierto por 42 CFR Parte 2 (un "Programa de la Parte 2") a través de un consentimiento que usted da a ese Programa para usar y revelar la información de la Parte 2 para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, podemos usar y revelar su información de la Parte 2 para esos mismos fines. Esto es consistente con los requisitos de HIPAA y los usos y revelaciones descritos en este Aviso. Si recibimos o mantenemos su información de la Parte 2 a través del consentimiento específico que usted nos da a nosotros o a otro tercero, usaremos y revelaremos su información de la Parte 2 solo según lo permita el consentimiento que nos dio.

En ningún caso usaremos ni revelaremos su información de la Parte 2, ni su testimonio sobre la información contenida en su registro del Programa de la Parte 2 en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo por parte de ninguna autoridad federal, estatal o local, en su contra, a menos que usted lo autorice o lo ordene un tribunal después de que le notifique la orden judicial.

Uso de su información con fines de mercadeo.

No podemos usar ni revelar su información médica para propósitos de mercadeo a menos que tengamos su permiso por escrito.

Venta de su información. No podemos vender su información médica a menos que tengamos su permiso por escrito.

Otros usos y revelaciones de su información médica

Información sensible. Algunos tipos de información médica son muy sensibles y están sujetos a protecciones adicionales. La ley puede exigir que obtengamos su permiso por escrito para compartir esta información. La información médica sensible puede incluir pruebas genéticas; pruebas, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA; condiciones de salud mental; abuso de alcohol y sustancias; agresión sexual; o fertilización in vitro. También se requiere su permiso para el uso y la revelación de notas de psicoterapia.

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 cambiamos este Aviso, se publicará en nuestro sitio web y le enviaremos una copia por correo.

¿Qué pasa si necesito reportar un problema?

Si usted no está conforme y reporta un problema, no usaremos su queja en su contra.

Si cree que CountyCare ha violado sus derechos de privacidad en este aviso, puede presentar una queja ante CountyCare o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede hacerlo enviando una carta a:

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

También puede llamar al 877-696-6775, o visitar <https://hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/> para presentar una queja.

Puede comunicarse con la Oficina de Cumplimiento Corporativo (Office of Corporate Compliance) de Cook County Health o con el Oficial de Privacidad de Cook County Health para hablar sobre cualquier pregunta que tenga, usando la información abajo:

Cook County Health & Hospitals System
1950 West Polk St., Suite 9217
Chicago, IL 60612
Teléfono: 1-877-476-1873
compliance@cookcountyhhs.org

Su coordinador de atención

Puede comunicarse con su coordinador de atención al 312-864-8200 / 855-444-1661 (gratis), de lunes a viernes. Si tiene problemas de audición, llame a nuestra línea TDD/TTY al 711.

Es importante que mantenga contacto con su coordinador de atención.
Lo ayudará con los servicios. Asegúrese de anotar el nombre y número de teléfono de su coordinador de atención.

**Mi coordinador de
atención de CountyCare:** _____

Teléfono: _____



www.countycare.com

312-864-8200

Gracias por elegir

CountyCare

