

PODREĆZNIK DLA UCZESTNIKÓW

DZIAŁ OBSŁUGI UCZESTNIKÓW (ANG. MEMBER SERVICES)
312-864-8200 / 855-444-1661 (BEZ OPLAT) / 711(TDD/TTY)



WITAMY W PROGRAMIE COUNTYCARE

Cieszymy się, że jesteś członkiem CountyCare. Zależy nam na Twoim zdrowiu, dobrym samopoczuciu i zapewnieniu Ci opieki zdrowotnej, której potrzebujesz.

CountyCare chce wspierać Cię w prowadzeniu zdrowego stylu życia i prosi o zaangażowanie się w dbanie o swoje zdrowie. Twój zespół opieki zdrowotnej obejmuje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP), lekarzy specjalistów, koordynatorów opieki, farmaceutę i Ciebie.

Pracownicy CountyCare są dostępni pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (bezpłatny) / 711(TTY) od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00 oraz w soboty od 9:00 do 13:00 (czasu CT), aby odpowiedzieć na Twoje

pytania. Jeśli masz jakiegokolwiek pytania dotyczące swojego zdrowia, możesz również zadzwonić na naszą infolinię pomocy pielęgniarskiej, która jest czynna 24 godziny na dobę, każdego dnia w roku. **Personel składa się z pielęgniarek, które mogą udzielić pomocy w dowolnym języku.** Naszym głównym celem jest zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej.

Niniejszy podręcznik dla członków programów CountyCare, CountyCare Access (świadczeń zdrowotnych dla dorosłych imigrantów i seniorów imigrantów) oraz przyszłych członków zawiera informacje na temat świadczeń medycznych.

Prosimy o zapoznanie się ze wszystkimi informacjami zawartymi w tym pakiecie i zapisanie wszelkich pytań. Podręcznik zawiera następujące informacje:

Prosimy o zapoznanie się ze wszystkimi informacjami zawartymi w tym pakiecie i zapisanie wszelkich pytań. Podręcznik zawiera następujące informacje:

- Jak uzyskać usługi z zakresu opieki zdrowotnej
- Jakie świadczenia Ci przysługują
- Prawa i obowiązki uczestników
- Informacje kontaktowe, aby wiedzieć, do kogo zadzwonić

Certyfikat ubezpieczenia jest dostępny na stronie www.countycare.com lub pod numerem telefonu 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY). Można też poprosić o jego kopię w dziale obsługi uczestników (ang. Member Services).

Z niecierpliwością czekamy na współpracę z Tobą, aby zaspokoić wszystkie Twoje potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej.



WAŻNE NUMERY TELEFONÓW I KONTAKTY

Normalne godziny pracy CountyCare to
Od poniedziałku do piątku: 8:00–18:00 (Czas centralny)
Sobota: 9:00–13:00 (Czas centralny)

Nagłe wypadki	911
Usługi dla uczestników i dostawców	312-864-8200 855-444-1661 (bez opłat) 711(TDD/TTY)
Numer faksu do działu obsługi uczestników (ang. Member Services)	312-548-9940
Numer faksu do kontaktu w sprawie usług świadczonych na rzecz dostawców	312-548-9940
24-godzinna infolinia porad pielęgniarskich	312-864-8200
Transport	312-864-8200
Świadczenia stomatologiczne	312-864-8200
Świadczenia okulistyczne	312-864-8200
Świadczenia apteczne	312-864-8200
Strona internetowa	www.countycare.com

Zadzwoń do nas, jeśli potrzebujesz pomocy w zrozumieniu niniejszego podręcznika lub potrzebujesz go w innym języku lub formacie, np. po hiszpańsku, po polsku, w wersji dużym drukiem, w alfabecie Braille'a, na taśmie audio lub płycie CD.

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

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

Po godzinach i w święta

Jeśli potrzebujesz porady medycznej, najpierw zadzwoń do swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej CountyCare (PCP), ponieważ ma on dostęp do Twojej dokumentacji medycznej i może udzielić Ci spersonalizowanej porady. Jeśli nie możesz skontaktować się ze swoim PCP, możesz zadzwonić na infolinię porad pielęgniarskich CountyCare. Jest to nasza całodobowa linia porad pielęgniarskich, z którą można się skontaktować pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY). Personel składa się z pielęgniarek, które mogą udzielić pomocy w dowolnym języku.

Uczestnicy niedosłyszący

Zadzwoń do Illinois Relay pod numer 711. Poproś operatora o połączenie z nami pod numerem: 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY). Poinformuj swojego lekarza, jeśli potrzebujesz tłumacza języka migowego na czas wizyty lekarskiej. Jeśli Twój lekarz nie ma takiego tłumacza, zadzwoń do nas co najmniej siedem dni przed wizytą, aby umówić się na obecność tłumacza podczas wizyty.

Dostępność

Jeśli korzystasz z wózka inwalidzkiego, chodzika lub innych urządzeń pomocniczych i potrzebujesz pomocy w dotarciu do gabinetu lekarskiego, zadzwoń do gabinetu przed dotarciem na miejsce. Dzięki temu ktoś będzie gotowy do pomocy po przybyciu na miejsce.

Pomoc językowa

CountyCare oferuje pomoc językową 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu. Dotyczy to również świąt i weekendów.

Jeśli lekarz nie mówi w Twoim języku lub nie ma kogoś, kto mógłby z Tobą porozmawiać w sposób dla Ciebie zrozumiały, skontaktuj się z CountyCare w celu uzyskania pomocy. Z siedmiodniowym wyprzedzeniem przed wizytą możemy zaplanować obecność tłumacza, który będzie Ci towarzyszył podczas wizyty.

Aby uzyskać pomoc w tłumaczeniu świadczeń zdrowotnych i dostępnych usług lub uzyskać pomoc w przypadku jakichkolwiek pytań, należy zadzwonić pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY).

Język hiszpański

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

Hiszpański

Para obtener el manual de miembros en español, ayuda a traducir su cobertura de beneficios de salud y los servicios disponibles, o para ayudar con cualquier pregunta, llame al 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY).

Polski

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).

Inne

Niniejszy podręcznik dla uczestników jest dostępny w innych językach. Aby uzyskać wersję papierową, należy zadzwonić do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY).

Komunikacja z CountyCare

Jako wartościowy uczestnik CountyCare będziesz regularnie otrzymywać od nas wiadomości. W tym między innymi:

- Kopię niniejszego podręcznika, gdy zostaniesz uczestnikiem programu CountyCare
- Telefon od nas w celu przeprowadzenia badania ryzyka zdrowotnego
- Biuletyn wysyłany pocztą do domu co cztery miesiące

Możesz również otrzymywać wiadomości e-mail, SMS-y lub połączenia telefoniczne przypominające o koniecznych badaniach.

Nasi pracownicy zawsze przedstawiają się, gdy do Ciebie dzwonią lub oddzwaniają.

Prosimy o informowanie CountyCare i biura Department of Human Services (DHS) o swoim aktualnym adresie i numerze telefonu, abyśmy mogli zagwarantować, że otrzymasz potrzebne informacje.

Strona internetowa CountyCare

Strona internetowa CountyCare pomaga uzyskać odpowiedzi. Nasza strona internetowa zawiera zasoby, informacje i funkcje, które ułatwiają uzyskanie wysokiej jakości opieki, takie jak:

- Podręcznik dla uczestników (dowód ubezpieczenia / umowa)
- Katalog dostawców
- Bieżące wiadomości
- Funkcje samoobsługi dla uczestników
- Przesyłanie formularzy online
- Informacje zdrowotne
- Informacje o programach i usługach CountyCare

Adres naszej strony internetowej to: www.countycare.com

Bezpieczny portal dla uczestników CountyCare

CountyCare ma bezpieczny portal dla uczestników, w którym można:

- Zmienić lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP)
- Wydrukować tymczasową kartę identyfikacyjną
- Wysłać/odbierać bezpieczne wiadomości do/z CountyCare za pośrednictwem naszego bezpiecznego systemu przesyłania wiadomości
- Uzyskać spersonalizowane informacje zdrowotne

Aby zarejestrować się w naszym bezpiecznym portalu dla uczestników, przejdź do www.countycare.com. W tym miejscu możesz skonfigurować swoje konto w portalu. Wszystko, czego potrzebujesz, to numer identyfikacyjny uczestnika, który znajduje się na karcie identyfikacyjnej uczestnika CountyCare.

SPIS TREŚCI

Dział obsługi uczestników countycare (ang. Member services)	4	Usługi objęte ubezpieczeniem w ramach programu MLTSS	19
Karta identyfikacyjna uczestnika	5	Usługi stomatologiczne	19
Otwarta rejestracja	5	Usługi okulistyczne	20
Dostęp do opieki	6	usługi związane ze zdrowiem behawioralnym i używaniem substancji psychoaktywnych	20
Sieć świadczeniodawców	7	Usługi planowania rodziny	21
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (PCP)	7	Usługi związane z ciążą/macierzyństwem	21
Dostawca opieki zdrowotnej dla kobiet (WHCP)	7	Program Brighter Beginnings	22
Jak zmienić swojego PCP	8	Usługi apteczne	23
Ciągłość i przeniesienie opieki	9	Usługi transportowe	23
Opieka specjalistyczna	9	Transport karetką	23
Placówki opieki pilnej/natychmiastowej	9	Koordinacja opieki zdrowotnej	24
Opieka w nagłych wypadkach	9	Programy zarządzania zdrowiem populacji	24
Opieka po stabilizacji	10	Prawa i obowiązki uczestników programu Care Management	25
24-godzinna infolinia porad pielęgniarskich	10	Program poprawy jakości	26
Opieka poza granicami stanu	10	Program ograniczania odbiorców	27
Opieka poza siecią	11	Wcześniejsze dyrektywy	27
Usługi profilaktyczne	11	Skargi i odwołania	28
Podział kosztów („Współpłatności”)	13	Prawa i obowiązki	33
Usługi objęte ubezpieczeniem countrycare	14	Oszustwa, marnotrawstwo i nadużycia	35
Usługi objęte ograniczonym ubezpieczeniem	15	Zdrowie, bezpieczeństwo, dobrostan, raportowanie oraz działania następcze po incydentach	36
Usługi nieobjęte ubezpieczeniem	15	Definicje	38
Dodatkowe świadczenia dla uczestników CountyCare	15	Zastrzeżenia	39
Usługi w domu i w społeczności objęte ubezpieczeniem (HCBS lub „Waiver Services”)	18	Oświadczenie o praktykach ochrony prywatności CountyCare	40
Opieka długoterminowa (LTC)	19		

DZIAŁ OBSŁUGI UCZESTNIKÓW COUNTYCARE (ANG. MEMBER SERVICES)

Witamy w CountyCare.

Nasz dział obsługi uczestników (ang. Member Services) jest gotowy, aby pomóc Ci jak najlepiej wykorzystać Twój plan zdrowotny.

Numer telefonu do Działu obsługi uczestników (ang. Member Services):

312-864-8200

855-444-1661 (bez opłat)

711(TDD/TTY)

Godziny pracy: Od poniedziałku do

Piątku: 8:00–18:00

Sobota: 9:00–13:00

CountyCare chce mieć pewność, że masz wszystkie potrzebne informacje na temat swojego planu opieki zdrowotnej. Możesz skontaktować się z działem obsługi uczestników (ang. Member Services), aby uzyskać następujące informacje:

- Twoje świadczenia, w tym wszystkie dodatkowe nagrody dla uczestników oferowane przez CountyCare
- Jak uzyskać usługi z zakresu opieki zdrowotnej
- Aktualizowanie swoich danych kontaktowych
- Składanie wniosku o nową kartę identyfikacyjną
- Wybór lub zmiana lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP)
- Wymagane autoryzacje na wszelkie usługi z zakresu opieki zdrowotnej
- Infolinia porad pielęgniarskich
- Jak uzyskać pomoc w nagłych wypadkach
- Jak otrzymać usługi postabilizacyjne
- Twoje prawa i obowiązki jako uczestnika planu CountyCare
- Jak złożyć skargę i odwołanie
- Procedury odwołania stanowego (ang. State Fair Hearing)
- Adres internetowy CountyCare i podstawowe informacje dostępne online
- Nasz certyfikat ubezpieczenia, który wyjaśnia, że mamy kontrakt ze stanem Illinois.
- Nasi świadczeniodawcy
- Zadawanie pytań lub uzyskiwanie informacji
- Pomoc w umówieniu się na wizytę

Większość tych informacji znajduje się również w niniejszym podręczniku. Dodatkowe informacje można znaleźć na stronie internetowej CountyCare: www.countycare.com. Jeśli w dowolnym momencie potrzebujesz pomocy w związku z tymi informacjami lub chcesz poprosić o dodatkowe informacje, skontaktuj się z działem obsługi uczestników (ang. Member Services) CountyCare pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY). CountyCare będzie co roku powiadamiać Cię o prawie do otrzymywania tych podstawowych informacji.

Z CountyCare możesz kontaktować się 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY). Możesz zweryfikować uprawnienia i skontaktować się z naszą infolinią porad pielęgniarskich o każdej porze dnia i nocy.

Spodziewaj się telefonu powitalnego od nas

W ciągu pierwszych 30 dni przedstawiciel CountyCare zadzwoni, aby Cię powitać. Odpowie również na wszelkie pytania i poprosi o wypełnienie ankiety dotyczącej ryzyka zdrowotnego.

Przeniesienie opieki w przypadku nowo zarejestrowanych pacjentów

Jeśli dopiero zaczynasz korzystać z planu CountyCare i leczysz się u świadczeniodawcy, który nie należy do sieci CountyCare, możesz nadal umawiać się na wizyty u tego świadczeniodawcy przez maksymalnie 90 dni od momentu dołączenia do naszego planu. Będziemy honorować wszystkie usługi, o ile świadczeniodawca jest zarejestrowany jako dostawca Medicaid stanu Illinois, a usługi są niezbędne medycznego punktu widzenia. Świadczeniodawca musi również wyrazić zgodę na przyjęcie naszej płatności.

Prosimy o poinformowanie nas o wszelkich usługodawcach spoza sieci CountyCare, z których usług korzystasz. Musimy to wiedzieć, aby móc dokonać ustaleń dotyczących płatności za usługi i spróbować zawrzeć umowę z takim świadczeniodawcą – wówczas można będzie korzystać z jego usług również po upływie 90 dni.



KARTA IDENTYFIKACYJNA UCZESTNIKA

Karta identyfikacyjna uczestnika znajduje się w pakiecie powitalnym. Należy ją sprawdzić, aby upewnić się, że informacje na niej zawarte są prawidłowe. Jeśli karta identyfikacyjna uczestnika nie znajduje się w pakiecie powitalnym, prosimy o kontakt z działem obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numerem telefonu 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY).

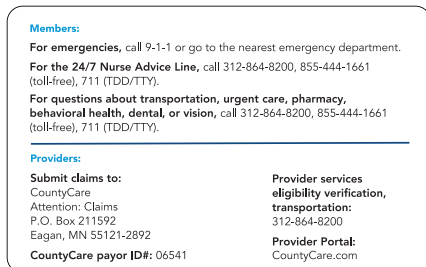
Kartę CountyCare identyfikacyjną należy zawsze nosić przy sobie. Każdy uczestnik musi ją okazywać zawsze, gdy chce skorzystać z usług opieki medycznej. Uczestnicy, którzy nie będą mieli przy sobie karty identyfikacyjnej, mogą mieć problemy z uzyskaniem opieki lub recepty. Posiadacze innych kart ubezpieczenia zdrowotnego powinni również zabierać je ze sobą.



Member Name:
Medicaid ID#:
Product:
PCP Name:
PCP Phone:
Rx: CVS Caremark
RxBIN: 004336
RxPCN: MCAIDADV
RxGroup: RX23BT
Regulatory Agency = HealthCare and Family Services

Member Services
312-864-8200
855-444-1661 (toll-free)
711 (TDD/TTY)
CountyCare.com
Effective Date:
NO CO-PAYS

Awers Karty



Members:
For emergencies, call 9-1-1 or go to the nearest emergency department.
For the 24/7 Nurse Advice Line, call 312-864-8200, 855-444-1661 (toll-free), 711 (TDD/TTY).
For questions about transportation, urgent care, pharmacy, behavioral health, dental, or vision, call 312-864-8200, 855-444-1661 (toll-free), 711 (TDD/TTY).

Providers:
Submit claims to:
CountyCare
Attention: Claims
P.O. Box 211592
Eagan, MN 55121-2892
CountyCare payor ID#: 06541

Provider services eligibility verification, transportation:
312-864-8200
Provider Portal:
CountyCare.com

Rewers Karty

Aktualizacja adresu i numeru telefonu

Bardzo ważne jest, aby poinformować CountyCare, koordynatora opieki i Wydział Usług dla Ludności (Department of Human Services, DHS) stanu Illinois o zmianie adresu lub numeru telefonu. Prosimy o powiadomienie CountyCare i przekazanie nam zaktualizowanych informacji. Można się z nami skontaktować pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY). Natomiast z infolinią DHS można skontaktować się pod numerem 800-843-6154.

OTWARTA REJESTRACJA

Raz w roku można zmienić plan zdrowotny w określonym czasie nazywanym „Otwartą rejestracją”. Dział Client Enrollment Services (CES) stanu Illinois wyśle list z informacją o otwartej rejestracji na około 60 dni przed upływem terminu. Termin ten wynosi jeden rok od daty planu opieki zdrowotnej i jest on zawarty w liście o otwartej rejestracji. Na zmianę planu zdrowotnego będzie sz mieć czas do daty podanej w piśmie dotyczącym otwartej rejestracji. Dzwoniąc do CES pod numer 877-912-8880. lub przechodząc do trybu online <https://enrollhfs.illinois.gov>. Jeśli nie chcesz zmieniać planu, nie musisz nic robić i pozostaniesz w CountyCare.

Po upływie 60 dni, niezależnie od tego, czy dokonano zmiany planu, nie będziesz mieć możliwości dokonywania żadnych zmian przez 12 miesięcy.

Jeśli masz pytania dotyczące rejestracji lub rezygnacji z planu CountyCare, skontaktuj się z działem Client Enrollment Service (CES) pod numerem 877-912-8880.

Weryfikacja uprawnień: Zachowanie świadczeń CountyCare

Weryfikacja uprawnień to coroczny proces upewniania się, że nadal kwalifikujesz się do programu świadczeń zdrowotnych dla dorosłych imigrantów (ang. Health Benefits for Immigrant Adults) i do programu świadczeń zdrowotnych dla seniorów imigrantów (ang. Health Benefits for Immigrant Seniors) i możesz pozostać w CountyCare. Otrzymasz formularze od stanu drogą pocztową co najmniej 30 dni przed datą weryfikacji uprawnień. Ubezpieczenie niektórych uczestników zostanie automatycznie odnowione – nie muszą oni odpowiadać. Formularz, który otrzymają, będzie zawierał informację, że ich ubezpieczenie będzie kontynuowane. Pozostałe osoby będą musiały odpowiedzieć. Formularz, który należy wypełnić, będzie zatytułowany „Medical Benefits: Time to Renew Notice” (Świadczenia medyczne: Powiadomienie o terminie odnowienia). Uczestnicy, którzy otrzymają te formularze, muszą je wypełnić przed upływem terminu podanego w dokumentacji, w przeciwnym razie mogą utracić ubezpieczenie.

Uczestnicy zobowiązani do przesłania formularza weryfikacji uprawnień w celu utrzymania ubezpieczenia kwalifikują się do otrzymania nagrody w wysokości 40 USD w ramach CountyCare.

Aby mieć pewność otrzymania dokumentów weryfikacyjnych, należy zadbać o aktualność adresu w bazie danych stanu Illinois. W przypadku przeprowadzki lub zmiany adresu korespondencyjnego należy zadzwonić pod numer 877-805-5312.

W przypadku pytań lub jeśli potrzebujesz pomocy w weryfikacji uprawnień, możesz zadzwonić na infolinię CountyCare pod numer 312-864-REDE (7333).

Co się stanie, jeśli stracę ochronę ubezpieczeniową?

Jeśli termin weryfikacji uprawnień upłynie i utracisz ubezpieczenie Medicaid, masz 90 dni na złożenie formularzy. Po rozpatrzeniu wniosku o weryfikację uprawnień przez stan, jeśli nadal kwalifikujesz się do programu, Twoje ubezpieczenie Medicaid zostanie przywrócone i zostaniesz ponownie zarejestrowany(-a).

Ankiety satysfakcji uczestników

Twoje zadowolenie z CountyCare jest dla nas bardzo ważne. Możesz otrzymać pocztą lub telefonicznie ankietę zawierającą pytania dotyczące zadowolenia lub niezadowolenia z otrzymywanych usług. Prosimy o poświęcenie czasu na odpowiedź. Cenimy Twoją opinię. Pomoże to CountyCare ulepszyć świadczone przez nas usługi.

Komitet doradczy ds. uczestników zarejestrowanych

CountyCare zaprasza uczestników do spotkania się z nami osobiście, aby podzielić się z nami swoimi opiniami. Podczas tego spotkania uczestnicy zapoznają się z naszymi materiałami i stroną internetową i mówią nam, co myślą o naszym programie. CountyCare wykorzystuje te informacje do wprowadzania zmian w programie w oparciu o potrzeby uczestników. Jeśli chcesz być częścią naszego komitetu doradczego ds. osób zarejestrowanych, zadzwoń do nas pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY).

DOSTĘP DO OPIEKI

CountyCare zapewnia terminowy dostęp do opieki zdrowotnej. Współpracujemy z naszymi świadczeniodawcami, aby przestrzegać standardów jakości. Standardy te określają rozsądny czas oczekiwania na wizytę u lekarza.

Planowanie wizyt

Bardzo ważne jest, aby dotrzymywać wszystkich umówionych wizyt lekarskich, badań laboratoryjnych lub prześwietleń. Jeśli potrzebujesz pomocy w umówieniu wizyty, skontaktuj się z działem obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY).

Gdy potrzebujesz opieki, najpierw zadzwoń do swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP). Twój PCP pomoże Ci zarządzać wszystkimi Twoimi usługami Zdrowie. Jeśli uważasz, że musisz odwiedzić specjalistę lub innego świadczeniodawcę Twój PCP. Lekarz PCP może pomóc w podjęciu decyzji o konieczności wizyty u innego świadczeniodawcy. Nie potrzebujesz skierowania od swojego PCP na leczenie z zakresu zdrowia psychicznego lub uzależnień.

Dostawcy sieci będą otwarci w rozsądnych godzinach. Zostaniesz umówiony/-a na wizytę w oparciu o Twoje potrzeby medyczne. Termin wizyty powinien zostać wyznaczony tak, aby mieścił się w podanych poniżej ramach czasowych.

WAŻNE: Jeśli nie możesz stawić się na wizytę, zadzwoń do gabinetu lekarskiego, aby odwołać wizytę z co najmniej 24-godzinnym wyprzedzeniem. Jeśli konieczna jest zmiana terminu wizyty, należy jak najszybciej zadzwonić do gabinetu lekarskiego. Możliwe, że będzie można wyznaczyć nowy termin wizyty. Jeśli potrzebujesz pomocy w umówieniu się na wizytę, zadzwoń do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY).

PCP po godzinach

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (PCP) mają całodobowe usługi automatycznej sekretarki lub nagranie telefoniczne. Automatyczna sekretarka lub nagranie poinstruuje Cię, jak uzyskać opiekę po zwykłych godzinach pracy.

Jeśli masz problem medyczny lub pytanie i nie możesz skontaktować się ze swoim lekarzem PCP w normalnych godzinach pracy, możesz zadzwonić na 24-godzinną linię porad pielęgniarskich CountyCare pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY), aby porozmawiać z pielęgniarką. W nagłych wypadkach należy zadzwonić pod numer 9-1-1 lub udać się do najbliższego oddziału ratunkowego.

TYP WIZYTY LEKARSKIEJ	STANDARD DOSTĘPU
Rutynowa wizyta	W ciągu 5 tygodni
Wizyta w trybie niepilnym	W ciągu 3 tygodni
Wizyta w trybie pilnym	W ciągu 24 godzin
Wizyta w nagłych wypadkach	Natychmiast, 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu i bez uprzedniej zgody
Wizyta wstępna, kobiety w ciąży	Pierwszy trymestr: 2 tygodnie Drugi trymestr: 1 tydzień Trzeci trymestr: 3 dni
Obsługa po godzinach	24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu
Czas oczekiwania w gabinecie	W ciągu godziny od zaplanowanego terminu wizyty

Czas/odległość do opieki

Uczestnicy programu CountyCare mogą skorzystać z podstawowej opieki medycznej u świadczeniodawcy znajdującego się w odległości do 30 minut lub 30 mil w przypadku obszarów miejskich oraz do 60 minut lub 60 mil w przypadku obszarów wiejskich.

Uczestnicy planu CountyCare mogą zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711 (TDD/TTY), aby uzyskać pomoc w znalezieniu PCP w ich okolicy. Wybierając lekarza PCP lub specjalistę, uczestnik może zdecydować się na podróż do miejsca bardziej oddalonego niż standardowe odległości.

Uczestnicy niezdolni do wychodzenia z domu

Jeśli uczestnik jest niezdolny do wychodzenia z domu lub ma znaczne ograniczenia ruchowe, CountyCare zapewni dostęp do opieki poprzez wizyty domowe odpowiednio licencjonowanego świadczeniodawcy opieki zdrowotnej. Skontaktuj się z CountyCare, jeśli potrzebujesz tej usługi.

SIEĆ ŚWIADCZENIODAWCÓW

Sieć świadczeniodawców to lekarze, specjaliści, kliniki i szpitale, z którymi plany zdrowotne zawierają umowy na świadczenie usług opieki zdrowotnej członkom. CountyCare ma dużą sieć świadczeniodawców do wyboru. Może Pan/Pani sprawdzić, którzy świadczeniodawcy są w naszej sieci, przechodząc do strony www.countycare.com. Katalog świadczeniodawców wyświetla nazwę / imię i nazwisko, adres, numer telefonu, godziny pracy, status uprawnień i używane języki w odniesieniu do każdego świadczeniodawcy. Można zadzwonić do działu obsługi członka pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bezpłatny) / 711 (TTD/TTY), aby uzyskać pomoc w znalezieniu świadczeniodawcy lub poprosić o przesłanie drukowanej kopii katalogu świadczeniodawców.

LEKARZ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PCP)

Każdy uczestnik planu CountyCare ma swojego lekarza PCP. To do swojego lekarza PCP trzeba się udać w celu uzyskania rutynowej opieki i badań kontrolnych. Prosimy ponadto, aby w przypadku choroby najpierw zadzwonić do swojego lekarza PCP, chyba że jest to nagły przypadek. Jeśli zadzwonisz, aby umówić się na wizytę u kogoś innego niż Twój lekarz PCP wymieniony na karcie identyfikacyjnej uczestnika CountyCare, nastąpi przekierowanie do gabinetu przypisanego Ci lekarza PCP.

Jeśli Twój preferowany lekarz PCP nie jest wymieniony na Twojej karcie identyfikacyjnej, możesz go wybrać w dowolnym momencie. Jeśli potrzebujesz pomocy w znalezieniu lub dokonaniu zmiany swojego lekarza PCP, skontaktuj się z działem obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711 (TDD/TTY).

W razie potrzeby lekarz-specjalista również może być Twoim lekarzem PCP, aby jednak lekarz-specjalista mógł być Twoim lekarzem PCP, musi wyrazić zgodę na zapewnienie Ci takiego poziomu opieki, a CountyCare musi to zatwierdzić. Skontaktuj się z działem obsługi uczestników (ang. Member Services), jeśli chcesz kontynuować współpracę ze swoim specjalistą, który miałby pełnić rolę lekarza PCP. W tym celu zadzwoń pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711 (TDD/TTY).

Jeśli jesteś członkiem plemienia Indian Ameryki Północnej / rdzennych mieszkańców Alaski, masz prawo do uzyskania usług od dostawcy z plemienia Indian, organizacji plemiennej lub miejskiej organizacji indiańskiej w stanie Illinois i poza nim.

DOSTAWCA OPIEKI ZDROWOTNEJ DLA KOBIEC (WHCP)

Masz prawo wybrać dostawcę opieki zdrowotnej dla kobiet (WHCP). WHCP to lekarz, pielęgniarka zaawansowanej praktyki (APN) lub asystent lekarza (PA), licencjonowany i certyfikowany do wykonywania zawodu w położnictwie (OB), ginekologii (GYN) lub medycynie rodzinnej.

Możesz wybrać WHCP jako swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub możesz mieć WHCP oprócz swojego PCP. Możesz udać się do dowolnego świadczeniodawcy uczestniczącego w programie w celu uzyskania rutynowej profilaktycznej opieki ginekologiczno-położniczej. Nie jest wymagana zgoda CountyCare ani skierowanie od lekarza PCP.

JAK ZMIENIĆ LEKARZA PCP

Świadczeniodawcę podstawowej opieki zdrowotnej (PCP) można znaleźć na karcie identyfikacyjnej uczestnika. Jeśli lekarz PCP wymieniony na karcie nie jest prawidłowy lub chcesz zmienić lekarza, możesz to zrobić w dowolnym momencie, kontaktując się z działem obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711 (TDD/TTY).

Możesz również zalogować się do naszego bezpiecznego Portalu Uczestnika do zmiany Lekarz PCP online lub wypełnij formularz wniosku o zmianę lekarza PCP, który jest dostępny na naszej stronie internetowej www.countycare.com w sekcji Zasoby członkowskie. Wnioskowana zmiana lekarza PCP będzie obowiązywać od pierwszego dnia następnego miesiąca. Na przykład wnioski o zmianę otrzymane od 1 do 31 stycznia wchodzi w życie 1 lutego.



PCP Change Request Form

Member Info

First/MI/Last: _____
Address: _____
City: _____ Zip: _____
DOB: _____ SSN: _____
Member ID: _____ Phone: _____

PCP Change Request

Requested PCP Name: _____
Provider ID: _____
Office Address: _____
City: _____ Zip: _____
Office Phone: _____
Effective Date: _____

Reason for Change From Assigned PCP

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Already patient with requested PCP | <input type="checkbox"/> Language/communication barriers |
| <input type="checkbox"/> Requested PCP already sees family member | <input type="checkbox"/> Wait time in provider office |
| <input type="checkbox"/> Member preference | <input type="checkbox"/> Availability to get appointment/access to care |
| <input type="checkbox"/> Member moved | <input type="checkbox"/> Association with hospital or medical group |
| <input type="checkbox"/> PCP hours didn't fit member's needs | <input type="checkbox"/> Established relationship w/another |
| <input type="checkbox"/> Quality of care | <input type="checkbox"/> Request a homebound provider as PCP |
| <input type="checkbox"/> Provider location | <input type="checkbox"/> Other |
| <input type="checkbox"/> Request a specialist as PCP | |

Signature of Member or Authorized Representative

Date

Printed Name of Authorized Representative

Directions: Please fax member change data forms, with a copy of the member ID card, if available, to CountyCare Health Plan Member Services department at 312-548-9940, or mail it to CountyCare Health Plan, P.O. Box 21153, Eagan, MN 55121. If the correct PCP is not listed on your card, or you wish to switch doctors, you may also call our Member Services department at 312-864-8200 / 855-444-1661 (toll-free) / 711 (TDD/TTY).

If you have questions about how to complete this form, please call the CountyCare Health Plan Member Services department Monday through Friday, 8:00 AM – 6:00 PM, and Saturday, 9:00 AM – 1:00 PM, at 312-864-8200 / 855-444-1661 (toll-free) / 711 (TDD/TTY).

CIĄGŁOŚĆ I PRZENIESIENIE OPIEKI

Jeśli Twój lekarz opuści sieć CountyCare, gdy korzystasz z usług objętych ubezpieczeniem, możesz nadal otrzymywać niektóre usługi od tego świadczeniodawcy. CountyCare będzie współpracować z usługodawcą w celu opracowania planu obejmującego następujące sytuacje.

- **Stany ostre.** Usługi objęte ubezpieczeniem przez cały czas trwania choroby.
- **Poważne choroby przewlekłe.** Usługi objęte ubezpieczeniem przez okres nieprzekraczający 12 miesięcy od daty rozwiązania umowy z dostawcą.
- **Opieka nad kobietą w ciąży.** Usługi objęte ubezpieczeniem przez cały okres ciąży, w tym opieka bezpośrednio po porodzie.
- **Choroby terminalne.** Usługi objęte ubezpieczeniem na czas trwania choroby.
- **Operacja lub inny zabieg będący częścią leczenia.** Usługi objęte ubezpieczeniem muszą być zalecone i zaplanowane w ciągu 180 dni od daty ostatniego dnia pracy usługodawcy w sieci.

Jeśli Twój usługodawca nie chce uczestniczyć w planie opieki w takich sytuacjach, CountyCare pomoże Ci przenieść się do nowego usługodawcy. Aby dowiedzieć się więcej, zadzwoń do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) CountyCare pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY).

OPIEKA SPECJALISTYCZNA

Specjalista to lekarz, który zajmuje się konkretnym stanem zdrowia. Przykładem specjalisty jest kardiolog (zdrowie serca) lub ortopeda (kości i stawy). Jeśli Twój lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (PCP) uzna, że potrzebujesz wizyty u specjalisty, pomoże Ci w wyborze takiego lekarza. Twój PCP zorganizuje Ci opiekę specjalistyczną. W niektórych przypadkach lekarz-specjalista może zostać przypisany jako lekarz PCP z powodu przewlekłego schorzenia, na które może cierpieć pacjent. Aby jednak specjalista mógł zostać Twoim lekarzem PCP, musi wyrazić zgodę na zapewnienie Ci takiego poziomu opieki.

W CountyCare nie potrzebujesz skierowania, aby udać się na wizytę do specjalisty CountyCare, ale najlepiej najpierw udać się do swojego lekarza PCP. Lekarz PCP może doradzić, czy potrzebny jest specjalista, i polecić specjalistów zajmujących się konkretnymi schorzeniami. Jeśli potrzebujesz

usług w zakresie zdrowia psychicznego, nie musisz mieć skierowania, jeśli chcesz umówić wizytę u świadczeniodawcy z sieci CountyCare. Jeśli potrzebujesz pomocy w umówieniu wizyty, skontaktuj się z koordynatorem opieki lub działem obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY).

PLACÓWKI OPIEKI PILNEJ/ NATYCHMIASTOWEJ

CountyCare ma ponad 150 placówek pilnej / natychmiastowej opieki w sieci dla naszych uczestników, którzy potrzebują takiej opieki. Są to przypadki wymagające natychmiastowej pomocy, ale nie zagrażające życiu. Opieka natychmiastowa różni się od opieki w nagłych wypadkach. Niektóre przykłady natychmiastowej opieki obejmują:

- Drobne skaleczenia i zadrapania
- Skręcenia i drobne urazy
- Gorączkę
- Ból ucha

Aby znaleźć najbliższą placówkę pilnej opieki medycznej, należy przejść na stronę www.countycare.com i kliknąć opcję ([Znajdź świadczeniodawcę](#)) Na szpitalny oddział ratunkowy należy udać się WYŁĄCZNIE w sytuacjach zagrożenia życia lub gdy zaleci to lekarz PCP bądź dowolny licencjonowany pracownik służby zdrowia. Zadzwoń do swojego lekarza PCP lub na naszą 24-godzinną infolinię porad pielęgniarskich pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY), a oni pomogą Ci zdecydować, gdzie uzyskać opiekę. Jeśli potrzebujesz pomocy w znalezieniu lekarza PCP lub masz pytania, zadzwoń do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY).

OPIEKA W NAGŁYCH WYPADKACH

Nagły stan medyczny jest bardzo poważny. Może nawet zagrażać życiu. Może wystąpić silny ból, uraz lub choroba. W nagłych wypadkach należy natychmiast zadzwonić pod numer 9-1-1.

Niektóre przykłady sytuacji awaryjnych to:

- Atak serca
- Poważne krwawienie
- Zatrucie
- Trudności w oddychaniu
- Złamane kości

Co robić w nagłych wypadkach:

- Udaj się do najbliższego oddziału ratunkowego; możesz skorzystać z dowolnego szpitala, aby uzyskać pomoc w nagłych wypadkach
- Zadzwoń pod numer 9-1-1
- Jeśli w okolicy nie ma usługi dostępnej pod numerem 9-1-1, należy wezwać karetkę pogotowia
- Skierowanie nie jest wymagane
- Uprzednia zgoda nie jest wymagana, ale gdy tylko stan pacjenta ustabilizuje się, należy skontaktować się z lekarzem PCP w celu ustalenia dalszej opieki

OPIEKA PO STABILIZACJI

Usługi postabilizacyjne są potrzebne po wystąpieniu nagłego stanu medycznego. CountyCare pokrywa te usługi. Usługi te mogą być świadczone w szpitalu, w domu lub w gabinecie. Listę usługodawców lub placówek świadczących te usługi można znaleźć na stronie www.countycare.com lub dzwoniąc do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY). Koordynator opieki może również pomóc w ustaleniu usług po stabilizacji.

Jeśli cierpisz na schorzenie, które występuje często, porozmawiaj ze swoim lekarzem PCP o stworzeniu planu opieki w nagłych wypadkach. Jeśli musisz udać się do szpitala lub dostawcy spoza sieci, zadzwoń do CountyCare tak szybko, jak to możliwe i powiedz nam, co się stało. Jest to ważne, abyśmy mogli pomóc w uzyskaniu dalszej opieki.

24-GODZINNA INFOLINIA PORAD PIELĘGNIARSKICH

Każdy ma pytania dotyczące swojego zdrowia. Najlepszą osobą, do której można zadzwonić, jest świadczeniodawca CountyCare, ponieważ ma on dostęp do dokumentacji medycznej i może udzielić spersonalizowanej porady. Jeśli nie możesz skontaktować się ze swoim lekarzem, możesz zadzwonić na naszą infolinię porad pielęgniarskich pod numer telefonu 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY).

- Telefoniczne porady medyczne udzielane przez zarejestrowane pielęgniarki
- Czynne 24 godziny na dobę, każdego dnia w roku
- Pomoc w podjęciu decyzji, gdzie udać się po opiekę

Tematy dotyczące zdrowia na linii porad pielęgniarskich:

- Porady dotyczące drobnych urazów
- Pytania dotyczące glukozy i insuliny
- Co zrobić z ranami
- Jak radzić sobie z astmą
- Ile leku należy użyć/podać
- Co robić w przypadku bólu głowy
- Pytania dotyczące ciąży i niemowląt

OPIEKA POZA GRANICAMI STANU

Jeśli podróżujesz poza stan Illinois i potrzebujesz pomocy w nagłych wypadkach, pracownicy służby zdrowia mogą Cię leczyć. Będą oni wysyłać do nas roszczenia. Będziesz odpowiedzialny/-a za opłacenie wszelkich usług z zakresu pomocy w nagłych wypadkach świadczonych poza stanem Illinois, jeśli usługodawca nie prześle nam roszczeń lub nie zaakceptuje naszej płatności. Usługi z zakresu pomocy w nagłych wypadkach są objęte ubezpieczeniem tylko wtedy, gdy są świadczone w Stanach Zjednoczonych. Usługi z zakresu pomocy w nagłych wypadkach świadczone poza Stanami Zjednoczonymi nie są objęte ubezpieczeniem.

W przypadku pilnej lub rutynowej opieki poza domem należy uzyskać zgodę CountyCare na udanie się do innego świadczeniodawcy. Zadzwoń do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY), aby uzyskać tę zgodę.

OPIEKA POZA SIECIĄ

Opieka musi być świadczona przez świadczeniodawców i szpitali w sieci. Lista świadczeniodawców i szpitali można znaleźć za pomocą wyszukiwarki Znajdź dostawcę na www.countycare.com. Można również zadzwonić do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY).

Musisz uzyskać zgodę CountyCare, jeśli udasz się do dostawców spoza sieci. The only exception is for treatment of emergencies, family planning services, school dental services, and state operated hospitals.

ŚWIADCZENIA PROFILAKTYCZNE

CountyCare chce pomóc Ci uzyskać opiekę, zanim zachorujesz. Poniższe wykresy przedstawiają niektóre z testów i badań profilaktycznych dla dorosłych i dzieci.

Skonsultuj się z lekarzem, aby ustalić, które testy są dla Ciebie odpowiednie oraz w jakim wieku najlepiej jest je wykonać.

Preventive Services

BADANIE	WIEK	CZĘSTOTLIWOŚĆ
Badanie kontrolne	Poniżej 1. roku życia	Po narodzeniu, w ciągu pierwszych 2 tygodni życia, w wieku 1 miesiąca, 2 miesiące, 4 miesiące, 6 miesiące, 9 miesiące
Badanie kontrolne	1–3 lata	12 miesięcy, 15 miesięcy, 18 miesięcy, 24/30 miesięcy
Badanie kontrolne	3–6 lat	Co roku
Badanie kontrolne	6–21 lat	Co najmniej raz w roku lub, jeżeli jest to konieczne do celów Medycyny punkt widzenia
Badanie kontrolne	22–65 lat	W ciągu pierwszego roku rejestracji, a następnie co roku, w zależności od potrzeb i wytycznych w zakresie opieki klinicznej
Badanie kontrolne	Powyżej 65. roku życia	Co roku
Kliniczne badanie piersi	20–40 lat	Co 1–3 lata
Kliniczne badanie piersi	Powyżej 40. roku życia	Co roku

Opieka profilaktyczna dla kobiet

BADANIE	WIEK	CZĘSTOTLIWOŚĆ
Badanie miednicy	Poniżej 39. roku życia	Co 3 lata
Badanie miednicy	40 lat i więcej	Co roku
Test PAP	21 lat i więcej	Co 3 lata (częstotliwość zależy od czynników ryzyka; należy zapytać lekarza)
Mammografia	40–49 lat	Skonsultuj się z lekarzem
Mammografia	50–74 lata	Co roku

Dodatkowa opieka profilaktyczna

KOBIECY	WIEK	ZALECANE USŁUGI PROFILAKTYCZNE
	21-26 lat	<p>Szczepionka przeciw grypie (corocznie)</p> <p>Badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy</p> <p>Szczepionka przeciwko HPV</p> <p>Badania w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową</p> <p>Szczepienie przypominające przeciwko tężcowi i błonicy (co 10 lat)</p>
	27-49 lat	<p>Szczepionka przeciw grypie (corocznie)</p> <p>Badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy</p> <p>Badanie poziomu cholesterolu (należy rozpocząć w wieku 35 lat, a następnie co 5 lat)</p> <p>Badania przesiewowe w kierunku cukrzycy typu 2 (należy rozpocząć w wieku 45 lat, a następnie co 3 lata)</p> <p>Szczepienie przypominające przeciwko tężcowi i błonicy (co 10 lat)</p>
	50-64 65+	<p>Szczepionka przeciw grypie (corocznie)</p> <p>Badanie poziomu cholesterolu (należy rozpocząć w wieku 35 lat, a następnie co 5 lat)</p> <p>Badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy</p> <p>Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego (należy rozpocząć w wieku 50 lat)</p> <p>Szczepionka przeciwko półpaścowi (jedna dawka w wieku 60 lat i starszym)</p> <p>Szczepienie przypominające przeciwko tężcowi i błonicy (co 10 lat)</p> <p>Szczepionka przeciwko zapaleniu płuc</p>

MĘŻCZYŹNI	WIEK	ZALECANE USŁUGI PROFILAKTYCZNE
	21-26 lat	<p>Szczepionka przeciw grypie (corocznie)</p> <p>Szczepionka przeciwko HPV</p> <p>Badania w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową</p> <p>Szczepienie przypominające przeciwko tężcowi i błonicy (co 10 lat)</p>
	27-49 lat	<p>Szczepionka przeciw grypie (corocznie)</p> <p>Badanie poziomu cholesterolu (należy rozpocząć w wieku 35 lat, a następnie co 5 lat)</p> <p>Badania przesiewowe w kierunku cukrzycy typu 2 (należy rozpocząć w wieku 45 lat, a następnie co 3 lata)</p> <p>Szczepienie przypominające przeciwko tężcowi i błonicy (co 10 lat)</p>
	50-64 65+	<p>Szczepionka przeciw grypie (corocznie)</p> <p>Badanie poziomu cholesterolu (w odstępach 5-letnich)</p> <p>Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego (należy rozpocząć w wieku 50 lat)</p> <p>Badanie prostaty</p> <p>Szczepionka przeciwko półpaścowi (jedna dawka w wieku 60 lat i starszym)</p> <p>Szczepienie przypominające przeciwko tężcowi i błonicy (co 10 lat)</p> <p>Szczepionka przeciwko zapaleniu płuc</p>

Opieka nad dziećmi zdrowymi

Opieka profilaktyczna dla uczestników w wieku do 21. roku życia: wczesne i okresowe badania przesiewowe, rozpoznanie i leczenie (ang. Early and Periodic Screening, Diagnosis & Treatment, EPSDT)

EPSDT to program opieki profilaktycznej dla osób w wieku do 21. roku życia. Jest zwany również „opieką nad dziećmi zdrowymi” lub „rutynowymi badaniami kontrolnymi” w zależności od zalecanych harmonogramów dla danego wieku dziecka i jego wywiadu medycznego. Program EPSDT obejmuje pięć kategorii, tj. rutynowe badania kontrolne oraz badania przesiewowe wzroku i słuchu, a także badania stomatologiczne i rozwojowe. Dzieci i młodzież muszą regularnie stawiać się na wizyty lekarskie, nawet jeśli nie są chorują. Nie chcemy, aby Twoje dziecko pominęło jakiegokolwiek kluczowe etapy swojego rozwoju.

Na początek lekarze i pielęgniarki zbadają Twoje dziecko lub nastolatka. Jeśli będzie to konieczne, wykonają szczepienia ochronne przeciwko chorobom. Szczepienia to istotny element ochrony zdrowia dziecka. W odpowiednich odstępach czasu lekarze i pielęgniarki wykonują także badania pod kątem często występujących problemów, np. problemów ze wzrokiem czy utraty słuchu. Badania przesiewowe wzroku są wykonywane co roku u dzieci od 3. do 6. roku życia oraz ponownie w wieku 8, 10, 12, 15 i 18 lat. Badania słuchu są przeprowadzane u noworodków, a także co roku u dzieci w wieku od 4. do 6. roku życia i ponownie w wieku 8 i 10 lat.

Przesiewowe badania rozwojowe mające na celu ocenę rozwoju dziecka wykonywane są w wieku 9 miesięcy, 18 miesięcy oraz 24/30 miesięcy. Badanie przesiewowe pod kątem autyzmu należy przeprowadzić, gdy dziecko będzie miało 18 miesięcy oraz 24 miesiące. Badanie stomatologiczne powinno być przeprowadzone przed trzecimi urodzinami dziecka. Jeśli nie wykonuje się żadnych badań przesiewowych pod kątem zatrucia ołowiem, lekarz może odrębnie zalecić wykonanie badań krwi pod kątem zatrucia ołowiem. Takie badania powinny być wykonane, gdy dziecko ma 12 i 24 miesiące, a potem aż do 7. roku życia. Dziecko powinno zostać poddane takiemu badaniu przesiewowemu niezależnie od miejsca zamieszkania. Lekarze i pielęgniarki zapytają Cię również, czy coś Cię niepokoi w odniesieniu do zdrowia dziecka, a także będą wspierać Cię w dbaniu o jego zdrowie. Jeśli w wyniku któregoś z badań zostanie wykryty jakiś problem, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej Twojego dziecka może skierować je do specjalisty.

Aby umówić się na wizytę EPSDT, zadzwoń do swojego lekarza. W przypadku jakichkolwiek problemów z ustaleniem terminu wizyty prosimy o kontakt z działem obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

PODZIAŁ KOSZ („WSPÓŁPŁATNOŚCI”)

W programie CountyCare nie ma żadnych współpłatności za opiekę medyczną czy leki dostępne na receptę. Oznacza to, że nie będziesz otrzymywać żadnych rachunków za świadczenia objęte programem CountyCare ani za wstępnie autoryzowane usługi. Jeśli przez pomyłkę otrzymasz rachunek lub zestawienie, odeślij je na poniższy adres:

CountyCare Health Plan

P.O. Box 21153

Eagan, MN 55121

W razie jakichkolwiek innych problemów z rachunkami za usługi medyczne objęte programem CountyCare należy zadzwonić do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

Jak CountyCare podejmuje decyzje dotyczące opieki zdrowotnej

Świadczeniodawcy CountyCare i personel medyczny podejmują decyzje z uwzględnieniem opieki, która jest dla Ciebie odpowiednia i która jest objęta zakresem świadczeń Medicaid. Nazywa się to zarządzaniem utylizacją (ang. utilization management, UM). CountyCare nie nagradza świadczeniodawców za odmowę opieki. Pracownicy CountyCare, którzy podejmują decyzje UM, nie są wynagradzani za ograniczanie opieki.

Możesz zadzwonić do CountyCare, jeśli masz pytanie dotyczące swoich świadczeń, świadczeniodawców lub jakiegokolwiek usługi, o którą prosiłeś/-aś lub którą otrzymałeś/-aś. Możesz zadzwonić do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711 (TDD/TTY). Jesteśmy otwarci od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00–18:00 oraz w soboty w godzinach 9:00–13:00. Pomoc językowa jest dostępna dla uczestników, którzy chcą porozmawiać o świadczeniach i uzyskać odpowiedzi na pytania. Gdy przedstawiciel CountyCare odbierze telefon, powita Cię, podając swoje imię i nazwisko i stanowisko oraz nazwę firmy.

USŁUGI OBJĘTE UBEZPIECZENIEM TYPO

CountyCare obejmuje usługi medyczne wraz z dodatkowymi świadczeniami dla naszych uczestników. Obejmujemy usługi medyczne ubezpieczeniem bez kosztów dla Ciebie. W niniejszym podręczniku zamieściliśmy listę usług objętych ubezpieczeniem. Można również odwiedzić naszą stronę internetową pod adresem www.countycare.com lub zadzwonić do działu obsługi uczestników (ang. Member Services), aby otrzymać kopię usług objętych ubezpieczeniem.

Niektóre usługi wymagają wcześniejszej autoryzacji. Twój dostawca przedłoży wszelkie wymagane zezwolenia.

Usługi medyczne objęte ubezpieczeniem

Oto lista niektórych usług medycznych i świadczeń, które są objęte ubezpieczeniem CountyCare.

- Usługi aborcyjne są pokrywane przez Medicaid (nie CountyCare) przy użyciu karty medycznej HFS
- Usługi pielęgniarki zaawansowanej praktyki
- Terapia i usługi Stosowanej Analizy Zachowania (ABA)
- Ambulatory surgical treatment center services
- Urządzenia wspomagające/ułatwiające komunikację
- Usługi audiologiczne
- Krew, składniki krwi i ich podawanie
- Chiropraktyka dla osób powyżej 21. roku życia
- Usługi stomatologiczne, w tym usługi chirurgów stomatologów
- Usługi EPSDT dla osób zarejestrowanych w wieku poniżej 21 lat
- Usługi i materiały związane z planowaniem rodziny
- Federalnie kwalifikowane ośrodki zdrowia, wiejskie ośrodki zdrowia i inne wizyty w klinice według stawki za wizytę
- Opieka z zakresu afirmacji tożsamości płciowej
- Doradztwo i badania genetyczne
- Wizyty domowe
- Wizyty na szpitalnym oddziale ratunkowym
- Usługi hospitalizacyjne
- Szpitalne usługi ambulatoryjne
- Usługi laboratoryjne i rentgenowskie
- Materiały medyczne, sprzęt, protezy i ortezy
- Usługi w zakresie zdrowia psychicznego
- Nursing facility services
- Nursing care for the purpose of transitioning

children from a hospital to home placement or other appropriate setting for enrollees under age 21

- Usługi i materiały optyczne
- Usługi optometry
- Usługi paliatywne i hospicyjne
- Usługi apteczne
- Usługi terapii fizycznej, zajęciowej i logopedycznej
- Usługi lekarskie
- Usługi podiatryczne
- Usługi postabilizacyjne
- Wizyty u osób zarejestrowanych ze specjalnymi potrzebami
- Usługi dializy nerek
- Sprzęt i materiały do oddychania
- Usługi zapobiegające chorobom i promujące zdrowie
- Wykwalifikowana opieka pielęgniarska
- Leczenie alkoholizmu i uzależnienia od substancji psychoaktywnych, leczenie w placówkach pobytu jednodniowego i placówkach detoksykacyjnych
- Przeszczepy (tylko przeszczepy komórek macierzystych i nerek)
- Transport w celu zapewnienia usług objętych ubezpieczeniem
- Usługi okulistyczne

* Zakres planu CountyCare Access świadczeń zdrowotnych dla dorosłych imigrantów i seniorów imigrantów (Health Benefits for Immigrant Adults and Seniors, HBIA/HBIS) jest ograniczony do przeszczepów komórek macierzystych i nerek; żaden inny przeszczep nie jest objęty zakresem planu dla tej grupy.

Nowe technologie

Nowe technologie mogą być wykorzystywane do poprawy opieki nad pacjentem. Mogą również pomóc poprawić stan zdrowia. Mogą być w formie:

- Badań medycznych
- Usługi w zakresie zdrowia psychicznego w ramach opcji Medicaid Clinic, Medicaid Rehabilitation i Specjalistyczne Zarządzanie przypadkami
- Technologii farmaceutycznych
- Gadżetów medycznych i nie tylko

Wykorzystanie nowych technologii zostanie zweryfikowane przez dyrektora medycznego CountyCare oraz komitety ds. jakości i wykorzystania. Nowa technologia musi spełniać wytyczne CountyCare, aby mogła zostać zaakceptowana. Zasady te zapewniają, że jest to bezpieczne dla użytkownika i że poprawi to jego zdrowie i jakość życia.

USŁUGI OBJĘTE OGRANICZONYM UBEZPIECZENIEM

- Usługi sterylizacji dozwolone przez prawo stanowe i federalne. Świadczeniodawca musi wypełnić formularz HFS 2189 i dołączyć go do dokumentacji medycznej.
- Histerektomia, jeśli świadczeniodawca wypełni formularz HFS 1977 i złoży go w dokumentacji medycznej.

USŁUGI NIEOBJĘTE UBEZPIECZENIEM

Oto lista niektórych usług i świadczeń medycznych, których CountyCare nie pokrywa:

- Usługi o charakterze eksperymentalnym lub badawczym
- Usługi świadczone przez świadczeniodawcę spoza sieci i nieautoryzowane przez plan zdrowotny
- Usługi świadczone bez wymaganej uprzedniej autoryzacji
- Planowana chirurgia plastyczna
- Leczenie niepłodności
- Wszelkie usługi, które nie są niezbędne z medycznego punktu widzenia
- Usługi świadczone przez lokalne agencje edukacyjne

Jeśli nie masz pewności, czy dana usługa jest objęta ubezpieczeniem, skontaktuj się z działem obsługi uczestników (ang. Members Services) pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY). Będziemy w stanie poinformować Cię, czy dana usługa jest objęta ubezpieczeniem.

DODATKOWE ŚWIADCZENIA DLA UCZESTNIKÓW COUNTYCARE

Jako uczestnik CountyCare otrzymujesz dodatkowe świadczenia oprócz regularnej opieki zdrowotnej. Dodatkowe korzyści to między innymi:

Karta CountyCare Rewards

Czym ona jest?

Program CountyCare Rewards umożliwia zdobywanie nagród pieniężnych na opłacenie wydatków, takich jak zakupy spożywcze, transport, usługi komunalne i inne, w większości miejsc akceptujących karty Visa.

Jak to działa?

Kiedy Ty lub Twoje dzieci udajecie się do lekarza w celu skorzystania z określonych usług, Twój świadczeniodawca składa wniosek do planu CountyCare, który informuje nas, że otrzymałeś(-aś) daną kwalifikującą się usługę. Świadczeniodawca ma maksymalnie sześć miesięcy (180 dni) na złożenie wniosku do nas. Po otrzymaniu i przetworzeniu wniosku wynagrodzenie zostanie przekazane w ciągu 30 dni.

Plan CountyCare wyśle Ci kartę CountyCare Visa Rewards pocztą za pierwszym razem, gdy zdobędzie sz wynagrodzenie wynagrodzenie. Po aktywacji tej karty będzie można płacić nią w większości miejsc akceptujących karty Visa. Za pomocą karty nie można kupić alkoholu, tytoniu ani broni palnej. Za każdym razem, gdy udasz się do lekarza w celu skorzystania z kwalifikującej się usługi, a Twój dostawca złoży wniosek, plan CountyCare zasilą Twoją istniejącą kartę kwalifikującą się kwotą.

Członkowie mają sześć miesięcy od daty naliczenia wynagrodzenia na ich karcie na wykorzystanie kredytu. Po sześciu miesiącach wynagrodzenie wygaśnie.

W przypadku utraty karty należy natychmiast zadzwonić do Działu Obsługi Uczestników CountyCare, aby zamknąć tę kartę i poprosić o wysłanie nowej oraz zgłosić wszelkie brakujące lub skradzione środki. Nie ma gwarancji, że Visa zwróci brakujące lub skradzione środki. Jeśli minęło więcej czasu niż podano powyżej lub jeśli masz więcej pytań, skontaktuj się z Działem Obsługi Uczestników CountyCare pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (bezpłatny) / 711 (TDD/TTY), aby uzyskać pomoc.



Kwalifikujące się usługi i zarobiona kwota

Coroczna wizyta u lekarza PCP – nagroda w wysokości 50 USD

CountyCare przyzna każdemu uczestnikowi w wieku 16 miesięcy lat i starszemu nagrodę w wysokości 50 USD za wizytę u przypisanego lekarza PCP w celu wykonania corocznego badania kontrolnego.

Coroczne ankieta ryzyka zdrowotnego – nagroda w wysokości 50 USD

CountyCare przyzna każdemu uczestnikowi 50 USD kredytu na karcie nagród raz w roku za ukończenie ankiety ryzyka zdrowotnego (ang. Health Risk Screening). Zadzwoń do działu obsługi uczestników (ang. Member Services), aby połączyć się z koordynatorem opieki w celu ukończenia ankiety.

Powiadomienie o ciąży – nagroda w wysokości 50 USD

Uczestniczki, które są w ciąży, mogą otrzymać nagrodę w wysokości 50 USD po wypełnieniu formularza powiadomienia o ciąży na stronie www.countycare.com w sekcji Zasoby dla uczestników.

Wizyty przed porodem i po porodzie – nagroda w wysokości 50 USD / 10 USD

Kobiety w ciąży powinny regularnie odwiedzać lekarza w trakcie ciąży i po urodzeniu dziecka.

- 50 USD nagrody za wizytę prenatalną w pierwszym trymestrze ciąży
- Nagroda w wysokości 10 USD za wizyty po pierwszym trymestrze. Nagrody można otrzymać za maksymalnie 14 wizyt podczas całej ciąży.
- 50 USD nagrody za wizytę u lekarza w ciągu 1–12 tygodni po urodzeniu dziecka

Wizyta dla dzieci zdrowych – nagrody w wysokości 50 USD / 10 USD

Uczestnicy w wieku do 15 miesięcy mogą zdobyć następujące nagrody podczas wizyty u lekarza CountyCare.

- Nagroda w wysokości 50 USD za wizytę u lekarza CountyCare w ciągu 30 dni po urodzeniu
- Nagroda w wysokości 10 USD za każdą z kolejnych 5 wizyt u lekarza CountyCare

Badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego – nagroda w wysokości 50 USD

Uczestnicy w wieku od 45 do 75 lat mogą otrzymać nagrodę w wysokości 50 USD, jeśli poddadzą się badaniu przesiewowemu w kierunku raka jelita grubego co najwyżej raz w roku.

Badanie przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy – nagroda w wysokości 50 USD

Kobiety w wieku od 21 do 64 lat mogą co roku otrzymać nagrodę w wysokości 50 USD za wykonanie badania przesiewowego w kierunku raka szyjki macicy.

Program mammograficzny – nagroda w wysokości 50 USD

Kobiety w wieku od 45 do 74 lat mogą co roku otrzymać nagrodę w wysokości 50 USD za wykonanie badania mammograficznego.

Kontrola cukrzycy – nagrody w wysokości 25 USD

Członkowie z cukrzycą w wieku 18–75 lat mogą zdobyć:

- 25 USD za odbycie corocznej wizyty u lekarza PCP oraz wykonanie badań krwi i moczu
- 25 USD za wykonanie badania wzroku raz w roku
- 25 USD za realizację pierwszej recepty na lek z grupy statyn

Wizyty kontrolne – nagroda w wysokości 20 USD / 50 USD / 100 USD

Członkowie, którzy kontaktują się ze swoimi lekarzami po wizytach w nagłych wypadkach lub pobytach w szpitalu, otrzymają następujące wynagrodzenie:

- 100 USD za wizytę u lekarza w ciągu 7 dni od wizyty na izbie przyjęć z powodu zaburzeń behawioralnych; lub
- 50 USD, jeśli zgłoszą się do lekarza na wizytę po upływie 7 dni, ale w ciągu 30 dni od wizyty na izbie przyjęć z powodu zaburzeń behawioralnych.
- 100 USD za wizytę u lekarza w ciągu 7 dni od hospitalizacji behawioralnej; lub
- 50 USD, jeśli zgłoszą się do lekarza na wizytę po upływie 7 dni, ale w ciągu 30 dni od hospitalizacji behawioralnej.
- 20 USD za wizytę u lekarza w ciągu 14 dni od pobytu w szpitalu.

Coroczne szczepienie przeciw grypie – nagroda w wysokości 25 USD/75 USD

Członkowie powinni zaszczepić się przeciwko grypie raz w roku u swojego lekarza rodzinnego lub w aptecce sieciowej.

- Członkowie w wieku od 6 do 24 miesięcy mogą zdobyć nagrodę w wysokości 75 USD
- Członkowie w wieku 2 lat i starsi mogą zdobyć nagrodę w wysokości 25 USD

Szczepienia dla niemowląt – wynagrodzenie w wysokości 10 USD

- Członkowie w wieku poniżej 2 lat mogą otrzymać wynagrodzenie w wysokości 10 USD za każde otrzymane szczepienie (z wyjątkiem szczepionki przeciwko COVID)

Szczepienia COVID-19 – nagroda w wysokości 50 USD

Członkowie w wieku 6 miesięcy i starsi mogą otrzymać wynagrodzenie w wysokości 50 USD za coroczne szczepienie przeciwko COVID-19

Szczepionka przeciwko HPV – nagroda w wysokości 25 USD / 50 USD

Uczestnicy w wieku 9–45 lat, którzy otrzymają obie szczepionki przeciwko HPV w odstępie co najmniej 146 dni, mogą otrzymać 25 USD za pierwszą dawkę i 50 USD za drugą dawkę.

Szczepionka meningokokowa i dawka przypominająca – nagroda w wysokości 25 USD / 10 USD

Uczestnicy w wieku 11 lat i starsi, którzy otrzymają szczepionkę przeciwko meningokokom i dawkę przypominającą, mogą otrzymać 25 USD za pierwszą szczepionkę i 10 USD za dawkę przypominającą.

Szczepionka Tdap – nagroda w wysokości 25 USD

Uczestnicy w wieku 10–13 lat, którzy otrzymają szczepionkę Tdap, mogą otrzymać 25 USD.

Ukończenie ankiety satysfakcji z zarządzania opieką – nagroda w wysokości 15 USD

Uczestnicy zarejestrowani w programie Care Management (zarządzanie opieką), którzy wypełnią ankietę satysfakcji z koordynacji opieki, mogą zarobić 15 USD w każdym roku, w którym ankietę zostanie wypełniona.

Kilka przypomnień o karcie CountyCare Visa Rewards Card:

- Zachowaj swoją kartę! Będziemy dodawać kolejne nagrody w miarę ich zdobywania.
- Pobierz bezpłatną aplikację na smartfon – możesz w niej na bieżąco śledzić program CountyCare Rewards na swoim telefonie. Pobierz aplikację OTC Card Network, aby sprawdzić saldo i nie tylko. Działa na urządzeniach Apple i Android.
- Środki z nagrody wygasną po upływie sześciu miesięcy od daty ich dodania do karty, jeśli nie zostaną wykorzystane.

Dodatkowe świadczenia CountyCare

Program FoodCare

Uczestnicy otrzymują bezpłatny dostęp do spersonalizowanego programu żywieniowego i dietetycznego dostarczanego przez FoodCare. FoodCare to osobisty program dietetyczny, który pomaga uczestnikom stworzyć plan odżywiania dopasowany do ich celów zdrowotnych oraz budżetu. FoodCare łączy uczestników z osobistym wykwalifikowanym dietetykiem. Po raz pierwszy audiowizualna lub wirtualna wizyta z dietetykiem możesz otrzymać 50 \$ w świeżych funduszach do wykorzystania na Instacart. Członkowie z pewnymi chorobami przewlekłymi są również uprawnieni do otrzymywania regularnych dostaw żywności dostosowanej do potrzeb medycznych przez co najmniej 6 tygodni do 9 miesięcy, aby wspierać zarządzanie odżywianiem w ich schorzeniach. Więcej informacji można znaleźć na stronie internetowej CountyCare.

Bezpłatna operacja oczu LASIK

Uczestnicy w wieku 21–45 lat, którzy spełniają warunki kwalifikacji, mogą skorzystać z bezpłatnego zabiegu LASIK. Aby uzyskać więcej informacji, odwiedź naszą stronę internetową lub zadzwoń do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY).

*Uczestnicy w wieku powyżej 45 lat, u których nie stwierdzono zaćmy i którzy spełniają kryteria zdrowotne, mogą kwalifikować się do operacji LASIK i powinni umówić się na

ogólne badanie wzroku z lekarzem w sieci w celu wypełnienia formularza oceny LASIK.

Bezpłatne pieluchy

Wyślemy Ci kupon na darmowe pieluchy każdego miesiąca, gdy dla Twojego dziecka, w wieku do 2 lat, będą zaplanowane szczepienia.

Bezpłatny zestaw do bezpiecznego snu

Członkowie w ciąży mogą zadzwonić do Działu Obsługi Uczestników pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bezpłatny) / 711 (TDD/TTY) i poprosić o Zestaw do bezpiecznego snu (Sleep Safe Kit). Plan CountyCare wyśle bezpłatny Zestaw do bezpiecznego snu do ich domu. Zestaw zawiera przenośne łóżeczko z prześcieradłem, śpiwór, książeczkę dla niemowląt i smoczek.

Darmowy fotelik samochodowy

Kobiety w ciąży i dzieci w wieku do 8 lat, które są uczestnikami programu CountyCare, kwalifikują się do otrzymania bezpłatnego fotelika samochodowego. Rodzice mogą zadzwonić do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) i poprosić o fotelik, który zostanie wysłany na podany adres. Ciężarne uczestniczki zachęcamy, aby zadzwoniły do nas na miesiąc przed terminem porodu, aby fotelik dotarł na czas przed narodzinami dziecka.

Klub książki dla dzieci

Uczestnicy w wieku od 3 do 16 lat mogą zapisać się do naszego klubu książki Toddler and Children's Book Club. CountyCare będzie co trzy miesiące wysyłać dzieciom nową książkę.

Dzieci w wieku od 5 do 16 lat otrzymają wraz z książką kartę podarunkową do sklepów Target o wartości 10 USD.

Darmowy domowy test ciążowy

Kobiety w wieku rozrodczym mogą zadzwonić do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) i poprosić o maksymalnie jeden test w miesiącu. Środki zostaną dodane do karty nagród, aby umożliwić zakup testu, lub zostanie on wysłany pocztą na podany adres.

Kupony Weight Watchers

Uczestnicy CountyCare otrzymują bezpłatne kupony na spotkania Weight Watchers w swojej okolicy. Zadzwoń do działu obsługi uczestników (ang. Member Services), aby o nie poprosić, a my wyślemy Ci je pocztą.

Darmowy telefon komórkowy

Uczestnicy CountyCare są uprawnieni do bezpłatnego telefonu komórkowego (jeden na gospodarstwo domowe) za pośrednictwem SafeLink. Program zapewnia bezpłatne minuty na połączenia telefoniczne związane ze zdrowiem z CountyCare.

Jeśli masz pytania dotyczące naszych dodatkowych świadczeń, zadzwoń do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY). Możesz skontaktować się z nami od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00, w soboty od 9:00 do 13:00 lub odwiedzić naszą stronę internetową, aby uzyskać więcej informacji.

USŁUGI W DOMU I W SPOŁECZNOŚCI OBJĘTE UBEZPIECZENIEM (HCBS LUB „WAIVER SERVICES”)

Za pośrednictwem departamentu Illinois Department of Health Care and Family Services ubezpieczenie CountyCare obsługuje pięć (5) programów HCBS Waiver dla kwalifikujących się uczestników.

Takie programy umożliwiają pacjentom pozostanie we własnym domu lub w społeczności zamiast przebywania w instytucji lub placówce opiekuńczej. Usługi HCBS są dostępne jako uzupełnienie świadczeń medycznych i z zakresu zdrowia psychicznego. CountyCare nie podejmuje decyzji co do Twojej kwalifikowalności do usług HCBS. O kwalifikowalności decyduje stan Illinois, korzystając z narzędzia oceniającego do ustalania potrzeby (ang. Determination of Need, DON). Po przeprowadzeniu takiej oceny przyznawany jest ogólny wynik DON, który pozwala określić, czy kwalifikujesz się do programu.

Pięć Programów pomocy (Waiver Program) obsługiwanych obecnie przez plan CountyCare obejmuje:

PROGRAMY WAIVER

Aging Waiver

Dla osób w wieku 60 lat i starszych, zagrożonych umieszczeniem w placówce opiekuńczej.

Persons with Disabilities Waiver

Dla osób z niepełnosprawnością fizyczną w wieku od 18 do 59 lat, zagrożonych umieszczeniem w placówce opiekuńczej.

HIV/AIDS Waiver

Dla osób z HIV lub AIDS, niezależnie od wieku, zagrożonych umieszczeniem w placówce opiekuńczej.

Persons with Brain Injury Waiver

Dla osób z urazem mózgu, niezależnie od wieku, zagrożonych umieszczeniem w placówce opiekuńczej.

Supportive Living Facilities Waiver

Dla osób z niepełnosprawnością fizyczną w wieku od 22 do 64 lat lub dla osób w wieku 65 lat i starszych, które w innym przypadku przebywałyby w domu opieki.

The covered services within each waiver program are noted below:

Departament ds. osób starszych (ang. Department on Aging)

Osoby starsze:

- Zajęcia dzienne dla osób dorosłych
- Transport na zajęcia dzienne dla osób dorosłych
- Zajęcia domowe
- Osobisty system reagowania w sytuacjach awaryjnych (ang. Personal Emergency Response System, PERS)
- Usługa automatycznego wydawania leków (ang. Automated Medication Dispenser Service, AMDS)

Departament ds. usług rehabilitacyjnych (ang. Division of Rehabilitation Services, DRS)

Osoby z niepełnosprawnością lub HIV/AIDS:

- Zajęcia dzienne dla osób dorosłych
- Transport na zajęcia dzienne dla osób dorosłych
- Adaptacja otoczenia domowego do potrzeb
- Domowa opieka zdrowotna
- Okresowa opieka pielęgniarska
- Wykwalifikowana opieka pielęgniarska (RN i LPN)
- Terapia zajęciowa
- Fizjoterapia
- Terapia mowy
- Zajęcia domowe
- Posiłki dostarczane do domu
- Osobisty dostawca / osobisty asystent
- Osobisty system reagowania w sytuacjach awaryjnych (ang. Personal Emergency Response System, PERS)
- Odpoczynek
- Specjalistyczne materiały i sprzęt medyczny

Department ds. usług rehabilitacyjnych (ang. Division of Rehabilitation Services, DRS)

Osoby z urazem mózgu:

- Zajęcia dzienne dla osób dorosłych
- Transport na zajęcia dzienne dla osób dorosłych
- Adaptacja otoczenia domowego do potrzeb
- Wsparcie w zatrudnieniu
- Domowa opieka zdrowotna
- Okresowa opieka pielęgniarska
- Wykwalifikowana opieka pielęgniarska (RN i LPN)
- Terapia zajęciowa
- Fizjoterapia
- Terapia mowy
- Usługi przedzawodowe
- Rehabilitacja dzienna
- Zajęcia domowe
- Posiłki dostarczane do domu
- Osobisty dostawca / osobisty asystent
- Osobisty system reagowania w sytuacjach awaryjnych (ang. Personal Emergency Response System, PERS)
- Odpoczynek
- Specjalistyczne materiały i sprzęt medyczny
- Usługi z zakresu zdrowia psychicznego (M.A. i PH.D.)

Department ds. opieki zdrowotnej i usług rodzinnych (ang. Healthcare and Family Services, HFS)

Placówka opieki stałej:

- Mieszkania wspomagane

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA (LTC)

Opieka długoterminowa czasami ma różne nazwy, np. dom opieki, placówka opieki, placówka opieki długoterminowej lub placówka oferująca wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską. Placówki te oferują usługi, które zaspokajają potrzeby medyczne i niemedyczne mieszkańców potrzebujących wsparcia i pomocy w codziennych czynnościach z powodu niepełnosprawności lub przewlekłej choroby. Jeśli mieszkasz w placówce opieki długoterminowej, CountyCare oferuje rodzaje wsparcia, dzięki którym uzyskasz potrzebną Ci opiekę. Jeśli masz odpowiedni poziom sprawności, mamy zasoby, aby pomóc Ci w powrocie do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie.

Jeśli chcesz porozmawiać o opiece długoterminowej lub życiu w społeczności, skontaktuj się ze swoim koordynatorem opieki.

Usługi opieki długoterminowej, w tym placówki opiekuńcze oraz usługi pomocy dla domów i społeczności, nie są objęte planem dla członków programu Świadczenia zdrowotne dla osób dorosłych (HBIA) lub Świadczenia zdrowotne dla seniorów (HBIS) w ramach programu CountyCare Access.

USŁUGI OBJĘTE UBEZPIECZENIEM W RAMACH PROGRAMU MLTSS

MLTSS to program dla uczestników posiadających pełne świadczenia Medicaid i Medicare, mieszkających w placówce opiekuńczej lub korzystających z usług HCBS.

Usługi objęte ubezpieczeniem w ramach programu MLTSS to między innymi:

- Niektóre usługi w zakresie zdrowia psychicznego
- Niektóre usługi związane z używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych
- Usługi transportowe na wizyty lekarskie w trybie niepilnym
- Usługi z zakresu opieki długoterminowej w placówkach z opieką specjalistyczną i placówkach przejściowych
- Wszystkie usługi w domu i społeczności (ang. Home and Community Based Waiver Services), takie jak wymienione w części „Objęte ubezpieczeniem usługi HCBS”, jeśli jesteś do nich uprawniony(-a)

USŁUGI STOMATOLOGICZNE

Należy regularnie odwiedzać dentystę, aby zapobiegać ubytkom i innym problemom. Aby skorzystać z usług stomatologicznych, należy udać się do świadczeniodawcy w sieci. Dostawcę usług stomatologicznych CountyCare można znaleźć na naszej stronie internetowej www.countycare.com lub dzwoniąc do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY).

If you have questions about specific services, please call Member Services.

Świadczenia stomatologiczne dla uczestników w wieku 20 lat i młodszych:

- Badanie stomatologiczne i czyszczenie (raz na 6 miesięcy)
- Aparat ortodontyczny (jeśli jest niezbędny z medycznego punktu widzenia)
- Fluoryzacja, chirurgia stomatologiczna, zdjęcia rentgenowskie, plombi, wypełnienia, chirurgia jamy ustnej, korony (nakładki), leczenie kanałowe, protezy, naprawy protez i ekstrakcje (wrywanie zębów), usługi stomatologiczne w nagłych przypadkach
- Jako dodatkową korzyść CountyCare obejmuje również:
 - Ponowne leczenie kanałowe

Świadczenia stomatologiczne dla uczestników w wieku 21 lat i starszych:

- Prześwietlenia, wypełnienia, chirurgia jamy ustnej, ekstrakcje (wrywanie zębów), protezy i naprawy protez, usługi stomatologiczne w nagłych przypadkach
- Jako dodatkową korzyść CountyCare obejmuje również:
 - Badania stomatologiczne i czyszczenie (raz na 6 miesięcy)
 - Okresowe wizyty u ortodonta, zdejmowanie aparatu ortodontycznego oraz tworzenie i umieszczanie retainerów dla uczestników, którzy mieli założony aparat ortodontyczny w wieku 20 lat lub wcześniej.
 - Protezy częściowe
 - Leczenie kanałowe (wszystkie zęby)
 - Ponowne leczenie kanałowe
- Uczestniczki w ciąży mają wykonywane regularne badania kontrolne, czyszczenie i zabiegi periodontyczne (głębokie czyszczenie i skaling zębów)

Ubezpieczenie każdego uczestnika obejmuje usługi stomatologiczne w nagłych wypadkach.

Jeśli masz pytania dotyczące konkretnych usług, zadzwoń do działu obsługi uczestników (ang. Member Services). Aby skorzystać z usług stomatologicznych, należy udać się do świadczeniodawcy w sieci. Dostawcę usług stomatologicznych CountyCare można znaleźć na naszej stronie internetowej www.countycare.com lub dzwoniąc do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bezpłatny) / 711(TTY).

USŁUGI OKULISTYCZNE

Aby skorzystać z usług okulistycznych, należy udać się do świadczeniodawcy w sieci. Dostawcę usług okulistycznych CountyCare można znaleźć na naszej stronie

internetowej www.countycare.com lub dzwoniąc do obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bezpłatny) / 711(TTY).

Jeśli masz pytania dotyczące konkretnych usług, zadzwoń do działu obsługi uczestników (ang. Member Services).

Pediatra lub pielęgniarka Twojego dziecka zbada jego wzrok podczas rutynowych badań kontrolnych. Jeśli Ty lub lekarz Twojego dziecka macie jakiegokolwiek wątpliwości co do wzroku Twojego dziecka, możesz zabrać go na wizytę do okulisty.

Otrzymujesz:

- Wszystkim uczestnikom przysługuje jedno badanie wzroku w naszej sieci optometrystów i okulistów rocznie.
- Wybór z naszej standardowej oferty oprawek. Dodatkową korzyścią jest możliwość wyboru dopłaty w wysokości 100 USD do wartości detalicznej oprawek. Jeśli oprawki kosztują więcej niż 100 USD, uczestnik jest zobowiązany do pokrycia różnicy w cenie.
- W przypadku wszystkich członków dostępna jest jedna para okularów na rok kalendarzowy.
- W ramach dodatkowego świadczenia każdy uczestnik ma możliwość wyboru soczewek kontaktowych zamiast okularów. Opłata za dopasowanie jest w pełni pokrywana, a uczestnik otrzymuje dopłatę w wysokości 100 USD na pokrycie kosztów soczewek kontaktowych co dwa lata. Jeśli soczewki kontaktowe kosztują więcej niż 100 USD, uczestnik jest zobowiązany do pokrycia różnicy w cenie.
- Jeśli spełnione są określone wymagania dotyczące recepty, soczewki jednoogniskowe i dwuogniskowe do okularów są w pełni objęte ubezpieczeniem.

USŁUGI ZWIĄZANE ZE ZDROWIEM BEHAVIORALNYM I UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

W nagłych przypadkach zagrażających życiu należy zadzwonić pod numer 9-1-1 lub udać się do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego.

CountyCare, poprzez naszą dużą sieć dostawców, oferuje usługi z zakresu zdrowia behawioralnego w leczeniu zaburzeń zdrowia psychicznego i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Usługi z zakresu zdrowia psychicznego są dostępne dla dzieci i dorosłych uczestników

programu CountyCare. Chcemy pomóc Ci zachować zdrowie umysłu i ciała. Aby skorzystać z tych usług, zadzwoń do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bezpłatny) / 711 (TDD/TTY), wybierz 4, a następnie wybierz 1, aby uzyskać pomoc z zakresu zdrowia psychicznego. Będziesz mieć możliwość przeniesienia się do świadczeniodawcy, który przyjmie Cię na pierwszą wizytę w ciągu siedmiu dni. Usługi są dostępne na poziomie ambulatoryjnym, szpitalnym i stacjonarnym, w zależności od potrzeb uczestnika.

Nasza sieć dostawców oferuje leczenie takich problemów jak:

- Niepokój
- Choroba afektywna dwubiegunowa
- Depresja
- Schizofrenia
- Zaburzenia związane z używaniem substancji (takie jak używanie narkotyków i/lub alkoholu)
- Inne schorzenia psychiczne lub behawioralne

Usługi z zakresu zdrowia behawioralnego pokrywane przez CountyCare obejmują m.in:

Leczenie wspomagane lekami w przypadku zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, takich jak Metadon, Suboxone i Vivitrol.

- Medication Assisted Treatment for substance use disorder, like Methadone, Suboxone, and Vivitrol
- Usługi stabilizacji kryzysowej
- Zarządzanie lekami
- Oceny zdrowia psychicznego
- Zarządzanie przypadkami
- Terapia indywidualna, grupowa i rodzinna
- Testy psychologiczne
- Wsparcie społeczności
- Częściowa hospitalizacja
- Szpitalna opieka psychiatryczna
- Terapia elektrowstrząsowa (ECT)
- Zarządzanie wycofaniem
- Rehabilitacja domowa

Jeśli potrzebujesz tych usług, porozmawiaj ze swoim lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej (PCP), koordynatorem opieki lub zadzwoń do nas pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711 (TDD/TTY). Możesz również przejść do naszej strony internetowej i wybrać dostawcę, którego chcesz zobaczyć. CountyCare zapłaci tylko za usługi świadczone przez dostawcę w sieci. Aby znaleźć dostawcę usług z zakresu zdrowia behawioralnego, odwiedź naszą stronę internetową

pod adresem www.countycare.com lub zadzwoń do nas. Możesz dowiedzieć się, czy preferowany dostawca jest w sieci i uzyskać więcej informacji na temat usług z zakresu zdrowia behawioralnego.

Mobilne usługi reagowania kryzysowego – CARES

Crisis and Referral Entry Services (CARES) to usługa telefoniczna, która obsługuje połączenia kryzysowe dotyczące zdrowia psychicznego dzieci i rodzin w stanie Illinois. Uczestnicy CountyCare mogą skorzystać z 24-godzinnej infolinii (CARES), aby porozmawiać ze specjalistą ds. zdrowia behawioralnego. Możesz zadzwonić na tę infolinię, jeśli Ty lub Twoje dziecko stanowicie zagrożenie dla siebie lub innych; przechodzicie kryzys zdrowia psychicznego; lub jeśli chcesz uzyskać skierowanie na jakąś usługę. Zadzwoń na linię CARES pod numer 800-345-9049 (TTY: 773-523-4504).

USŁUGI PLANOWANIA RODZINY

Plan CountyCare posiada sieć dostawców usług planowania rodziny, u których można uzyskać usługi planowania rodziny. Usługi można uzyskać od dowolnego wykwalifikowanego dostawcy usług planowania rodziny. Nie musi on być świadczeniodawcą należącym do sieci. Nie potrzeba skierowania od lekarza pierwszego kontaktu ani pozwolenia od planu CountyCare, aby skorzystać z tych usług.

Ubezpieczenie CountyCare obejmuje:

- Wszystkie metody antykoncepcji, w tym urządzenia antykoncepcyjne oraz dopasowanie lub założenie urządzenia (takie jak wkładki wewnątrzmaciczne lub implanty).
- Antykoncepcję awaryjną dostępną bez recepty i na receptę.
- Stałe metody antykoncepcyjne, w tym wazektomię i podwiązanie jajowodów.

USŁUGI ZWIĄZANE Z CIĄŻĄ/MACIERZYŃSTWEM

Ubezpieczenie CountyCare obejmuje:

- Usługi ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w tym badania prenatalne i poporodowe, badania laboratoryjne i ultrasonograficzne oraz opiekę w przypadku problemów lub powikłań związanych z ciążą lub porodem.

- Usługi szpitalne w szpitalu uczestniczącym w programie, pozaszpitalną opiekę porodową oraz usługi porodowe poza siecią.
- Procedury diagnostyki prenatalnej, w tym badania genetyczne, są objęte ubezpieczeniem w przypadku ciąży wysokiego ryzyka.

Możesz pozostać w szpitalu przez co najmniej 48 godzin po normalnym porodzie drogą pochwową i co najmniej 96 godzin po cesarskim cięciu. Czasami matki chcą opuścić szpital wcześniej. Możesz opuścić szpital wcześniej, jeśli po rozmowie z lekarzem wyrazi on zgodę na wypis i umówi wizytę ambulatoryjną dla Ciebie i dziecka w ciągu 48 godzin.

Do porodu można wybrać dyplomowaną położną. Certyfikowanej położnej pielęgniarskiej można szukać w katalogu dostawców CountyCare Health Plan w sekcji „Specjalty Provider” (Dostawcy usług specjalistycznych). Nie jest wymagana zgoda CountyCare na wizytę u dyplomowanej położnej.

Dodawanie dziecka do swojego ubezpieczenia

Jedną z najważniejszych kwestii jest możliwość zapewnienia ubezpieczenia zdrowotnego swojemu dziecku. W tygodniu następującym po urodzeniu dziecka zadzwoń do DHS pod numer 1-800-843-6154 lub zaloguj się do systemu Application for Benefits Eligibility (ABE) pod adresem www.abe.illinois.gov. Po zalogowaniu do systemu ABE, przejdź do opcji Manage My Case (Zarządzaj moim przypadkiem), aby dodać swoje dziecko i pozostać w CountyCare. Gdy Twoje dziecko zostanie dodane, otrzymasz powiadomienie pocztą. Jeśli potrzebujesz pomocy przy rejestracji swojego dziecka, skontaktuj się ze swoim koordynatorem opieki, który przeprowadzi Cię przez proces ABE. W tym celu zadzwoń do działu obsługi pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

PROGRAM BRIGHTER BEGINNINGS

Brighter Beginnings to program pomagający przyszłym rodzinom zachować zdrowie podczas ciąży. Dodatkowe informacje na temat Brighter Beginnings można znaleźć na stronie internetowej CountyCare.

Nagrody CountyCare dla mam:

- Wizyty prenatalne: Możesz zarobić 50 USD na karcie CountyCare Visa Rewards za wizyty prenatalne w pierwszym trymestrze ciąży i 10 USD za wizyty po pierwszym trymestrze ciąży. Nagrody można otrzymać za maksymalnie 14 wizyt

- Wizyty poporodowe: Możesz otrzymać 50 USD za wizytę kontrolną u świadczeniodawcy 1–12 tygodni po porodzie.
- **Wizyty w poradni dla dzieci zdrowych:** Otrzymasz nagrodę w wysokości 50 USD, jeśli przyjdiesz z dzieckiem na badanie w ciągu miesiąca od jego narodzin. Otrzymasz po 10 USD za kolejne pięć wizyt.
- **Szczepienia: Za każde szczepienie, które Twoje dziecko otrzyma przed ukończeniem 2. roku życia (z wyjątkiem szczepionki przeciwko COVID) otrzymasz wynagrodzenie w wysokości 10 USD.**
- **Szczepienie przeciw grypie:** Zdobądź nagrodę w wysokości 75 USD, gdy Twoje dziecko w wieku od 6 do 24 miesięcy otrzyma coroczną szczepionkę przeciwko grypie.
- **Zawiadomienie o ciąży:** Uczestniczki, które są w ciąży, mogą otrzymać nagrodę w wysokości 50 USD, wypełniając formularz zawiadomienia o ciąży na stronie www.countycare.com w sekcji Dla uczestników – Dodatkowe korzyści i nagrody.

Members have six months from the date the reward is added to use the credit. After six months the reward will expire.

Dodatkowe świadczenia CountyCare dla mam i dzieci:

- Darmowy fotelik samochodowy: CountyCare zapewnia bezpłatne foteliki samochodowe dla kobiet w ciąży i dzieci w wieku do 8 lat. Zadzwoń do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711 (TDD/TTY), aby poprosić o fotelik samochodowy, który zostanie do Ciebie wysłany.
- Zestaw do bezpiecznego snu: Uczestniczki w ciąży mogą zadzwonić do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) i poprosić o zestaw do bezpiecznego snu Sleep Safe Kit. Po odbyciu co najmniej 4 wizyt prenatalnych zestaw zostanie dostarczony do domu. Zestaw zawiera przenośne łóżeczko z prześcieradłem, śpiwór, książeczkę dla niemowląt i smoczek.
- Darmowy laktator: Ubezpieczenie CountyCare obejmuje podwójne laktatory elektryczne. Porozmawiaj ze swoim lekarzem o zamówieniu laktatora. Można je odebrać osobiście lub zamówić dostawę do domu.
- Darmowe kupony na pieluchy: Wszystkie rodziny z dzieckiem w wieku poniżej 2 lat otrzymają raz w miesiącu kupon na bezpłatną paczkę pieluch. Plan CountyCare automatycznie wyśle kupon, gdy szczepienia dziecka będą aktualne.

USŁUGI APTECZNE

Uczestnicy programu CountyCare bezpłatnie otrzymują leki na receptę, gdy recepty są realizowane w aptece w sieci.

Aby otrzymać lek, potrzebna jest recepta od lekarza. Aby zrealizować lub uzupełnić receptę, należy udać się do jednej z naszych aptek w sieci.

Nasza sieć aptek obejmuje kilka krajowych sieci detalicznych, takich jak CVS, Kmart, Walgreens, Meijer, Osco, Target, Walmart i apteki niezależne. Prosimy pamiętać, aby mieć przy sobie kartę członkowską CountyCare w celu okazania jej w aptece.

Jeśli spotkasz się z dostawcą usług zdrowotnych w hrabstwie Cook, nasze apteki w hrabstwie Cook są dostępne, aby zrealizować Twoje recepty. Jeśli Twój PCP jest częścią ośrodka zdrowia, możesz również skorzystać z ich apteki, aby uzyskać recepty.

Możesz zobaczyć wszystkie leki, które pokrywamy, w naszym receptariuszu CountyCare. Receptariusz można znaleźć na naszej stronie internetowej w zakładce Usługi dla uczestników www.countycare.com. Jeśli nie masz dostępu do Internetu, zadzwoń do działu obsługi uczestników (ang. Member Services), a my wyślemy Ci papierową kopię. Jeśli potrzebujesz leku, którego nie ma w receptariuszu, Twój lekarz może poprosić CountyCare o jego weryfikację.

Jeśli jesteś nowym uczestnikiem planu CountyCare, możesz kontynuować przyjmowanie dowolnego leku, którego obecnie używasz przez pierwsze 90 dni, nawet jeśli nie jest on częścią receptariusza CountyCare.

CountyCare obejmuje również leki dostępne bez recepty znajdujące się w naszym receptariuszu. Aby lek dostępny bez recepty był objęty ubezpieczeniem, potrzebna będzie recepta od lekarza prowadzącego.

USŁUGI TRANSPORTOWE

CountyCare może zaoferować transport do gabinetu lekarskiego i z powrotem. Muszą one dotyczyć usług objętych ubezpieczeniem. Możesz:

- Poprosić o bilety i (Ventra i PACE) na dwa tygodnie przed wizytą
- Koordynacja przejazdu. Należy to zrobić co najmniej 72 godziny (3 dni) przed wizytą. Wystarczy zadzwonić do Działu Obsługi Uczestników pod numer 312-864-8200/855-444-1661 (bezpłatny) / 711 (TDD/TTY) lub sprawdzić naszą [stronę internetową](#), aby uzyskać informacje na temat dodatkowych sposobów planowania przejazdu.

TRANSPORT KARETKĄ

Zakres ubezpieczenia w odniesieniu do karetek pogotowia ratunkowego

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje usługi pogotowia ratunkowego. W nagłych przypadkach medycznych należy zadzwonić pod numer 9-1-1.

Kryteria transportu karetką w sytuacjach niebędących nagłymi wypadkami

Od 1 stycznia 2022 r. planowanie wszystkich podróży karetką pogotowia, które nie są związane z nagłymi wypadkami, zostało zmienione na usługę Illinois Department of Healthcare and Family Services Fee-for-Service (HFS FFS) ze względu na ustawę publiczną 102-0661. CountyCare nie będzie już planować tych podróży. Transdev Fee-for-Service (FFS) jest pośrednikiem zatwierdzonym przez Departament i nie pośredniczy w organizowaniu przewozów.

Jeśli potrzebujesz usług karetki w sytuacjach, które nie są nagłymi wypadkami, musisz:

- Zadzwoń bezpośrednio do Transdev pod numer 877-725-0569 (od poniedziałku do piątku, od 8:00 do 17:00 czasu CST).
- Transdev FFS dokona wstępnej weryfikacji Twoich uprawnień. Osoba, z którą będziesz rozmawiać, zada Ci kilka pytań, aby sprawdzić, czy spełniasz kryteria.
- Jeśli się kwalifikujesz, Transdev FFS prześle listę operatorów karetek pogotowia, do których możesz zadzwonić i zaplanować przejazd.
 - W przypadku problemów z zaplanowaniem przejazdu można ponownie zadzwonić do Transdev FFS w celu uzyskania pomocy.
- Jeśli nie kwalifikujesz się do skorzystania z karetki w sytuacji, która nie jest nagłym wypadkiem, skontaktuj się z firmą Transdev FFS pod numerem 630-403-3210, aby ustalić inne plany.
- Aby sfinalizować przejazd, należy ponownie skontaktować się z Transdev FFS.
- Formularz zaświadczenia lekarskiego (ang. Physician Certification Statement, PCS) będzie wymagany w przypadku wszystkich podróży karetką w sytuacjach, które nie są nagłe.

Tylko usługi naziemnego transportu karetką w sytuacjach niebędących nagłymi wypadkami zostaną przeniesione z CountyCare do Transdev FFS. Wszystkie inne prośby o transport (ambulans lotniczy, medyczny, samochód serwisowy, taksówka i prywatny samochód) pozostaną bez zmian.

W przypadku jakichkolwiek pytań można zadzwonić do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY). Można również skontaktować się z biurem Bureau of Professional and Ancillary Services pod numerem 877-782-5565 w sprawach dotyczących opłat za usługi.

KOORDYNACJA OPIEKI ZDROWOTNEJ

CountyCare ma kilka programów mających na celu poprawę zdrowia naszych uczestników. Robimy to poprzez edukację i osobistą pomoc ze strony personelu CountyCare. Nazywa się to koordynacją opieki. Celem tej usługi jest podniesienie jakości opieki nad pacjentem i zapewnienie mu wsparcia, które pomoże mu poprawić stan zdrowia. Możesz dowiedzieć się, kto jest Twoim koordynatorem opieki, dzwoniąc do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY).

Twój KOORDYNATOR OPIEKI pomoże Ci poprzez:

- Będzie kontaktował się z Tobą, Twoim opiekunem i pracownikami służby zdrowia zajmującymi się Tobą
- Dokona oceny Twoich schorzeń i dolegliwości
- Zaplanuje opiekę poprzez pomoc w ustaleniu krótko- i długoterminowych celów
- Skoordynuje usługi w celu zapewnienia niezbędnej i skutecznej opieki

KOORDYNATOR OPIEKI jest osobą, która:

- Udziela odpowiedzi na Twoje pytania
- Dzieli się swoją wiedzą na temat systemu opieki zdrowotnej
- Pomaga rozważyć opcje i wybory
- Pomaga w uzyskaniu skierowania na leczenie w placówkach opieki zdrowotnej
- Określa świadczenia objęte ubezpieczeniem
- Pomaga zaplanować wyjście ze szpitala
- Pomaga połączyć się z zasobami społeczności
- Odwiedza uczestnika w placówce opieki zdrowotnej lub w jego miejscu zamieszkania

Informacje uzyskane w ramach naszego procesu koordynacji opieki są poufne. Są one udostępniane tylko wtedy, gdy jest to konieczne do zaplanowania opieki nad pacjentem i prawidłowego opłacenia usług.

Jak znaleźć koordynatora opieki? Prosimy wypełnić ten formularz lub kliknąć poniższy link albo zadzwonić do Działu Obsługi Uczestników pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

CCR_CareCoordinationReferralForm_English_10.27.2023.pdf

PROGRAMY ZARZĄDZANIA ZDROWIEM POPULACJI

Ankieta oceny stanu zdrowia i plan opieki

Koordynator opieki lub inny członek naszego zespołu zadzwoni do Ciebie, aby zadać kilka podstawowych pytań dotyczących Twojego zdrowia i bezpieczeństwa. Nazywa się to „ankietą stanu zdrowia”.

Jeśli poinformujesz nas, że masz pewne schorzenia lub inne obawy wpływające na Twoje zdrowie, możemy zadać Ci więcej pytań, aby dowiedzieć się, jakie usługi możemy zasugerować. Nazywa się to „oceną stanu zdrowia”.

Jeśli kwalifikujesz się do programu zarządzania opieką, wraz z koordynatorem opieki opracujesz „plan opieki”. Plan będzie zawierał listę usług, w których mamy pomóc oraz rzeczy, które chcesz zrobić dla siebie lub swojego dziecka.

Twój plan opieki to Indywidualny Plan Opieki (ang. Individual Plan of Care, IPOC). Może on obejmować wszystko, co Ci pomoże: wizyty u świadczeniodawców; edukację na temat schorzeń; dostęp do źródeł żywności, odzieży, transportu, zakwaterowania lub szkolenia zawodowego; ustalenia w szkole dziecka lub kroki, które chcesz podjąć, aby poprawić



swoje zdrowie lub przygotować się na przyszłość. Informacje uzyskane od Ciebie są poufne. Zwykle udostępniamy je (na zasadzie niezbędnej wiedzy) każdemu, kto Ci pomaga – na przykład lekarzowi, agencji pomocy społecznej lub szkole Twojego dziecka - aby upewnić się, że wszyscy mają jasność co do tego, co powinni zrobić. Możesz zawsze poinformować nas, abyśmy nie udostępniali informacji określonym osobom, jeśli sobie tego życzysz.

Możesz również wybrać, czy chcesz, abyśmy świadczyli usługi oceny stanu zdrowia i planu opieki. Możesz zrezygnować z tego w dowolnym momencie. W dowolnym momencie możesz poprosić koordynatora opieki o następujące informacje:

- Informacje na temat dobrego samopoczucia lub stanu zdrowia
- Wsparcie w rozwiązywaniu problemów

Programy dla osób ze specjalnymi schorzeniami

Możemy mieć programy pomagające osobom z określonymi schorzeniami medycznymi, problemami behawioralnymi lub innymi. Jeśli cierpisz na jedno z tych schorzeń, możemy zadzwonić do Ciebie, aby sprawdzić, czy chcesz wziąć udział w programie. Możesz wybrać, czy chcesz uczestniczyć w jakimkolwiek programie. Możesz również zapytać koordynatora opieki, czy kwalifikujesz się do jakichkolwiek programów.

Samodzielna ocena stanu zdrowia

CountyCare oferuje narzędzia internetowe, z których można korzystać na telefonie komórkowym lub komputerze, aby dowiedzieć się więcej o swoich nawykach zdrowotnych.

Wejdź na naszą stronę [Health & Wellness](#) pod adresem , kliknij interesujące Cię narzędzie i odpowiedz na pytania. Otrzymasz spersonalizowaną listę kroków, które możesz podjąć, aby poprawić swoje zdrowie.

Możesz odpowiadać na pytania tak często, jak chcesz lub wcale. Żaden z pracowników planu opieki zdrowotnej ani osób pomagających nie będzie wiedział, jakie były Twoje odpowiedzi.

Możesz jednak wydrukować kopię i pokazać ją swojemu lekarzowi, jeśli zauważysz coś, co chcesz omówić.

W przypadku problemów z korzystaniem z tych narzędzi, koordynator opieki może Ci pomóc telefonicznie.

PRAWA I OBOWIĄZKI UCZESTNIKÓW PROGRAMU CARE MANAGEMENT

Uczestnik może wyrazić zgodę na zapisanie się do programu koordynacji opieki. Podczas tego programu koordynator opieki będzie ściśle współpracować z pacjentem, aby wspierać go i pomagać mu w poprawie stanu zdrowia.

Prawa uczestników

Uczestnicy programu CountyCare mają prawo do:

1. Posiadania informacji o programach CountyCare. Posiadania informacji o CountyCare, naszych pracownikach i ich kwalifikacjach.
2. Podjęcia decyzji o nieuczestniczeniu w programach lub usługach CountyCare.
3. Poznania członków personelu odpowiedzialnych za usługi zarządzania opieką. Dowiedz się, jak zmienić osobę zarządzającą opieką.
4. Otrzymania wsparcia od CountyCare przy podejmowaniu decyzji dotyczących opieki zdrowotnej.
5. Poznania wszystkich dostępnych usług zarządzania opieką. Omówienia tych usług ze swoim dostawcą.
6. Przechowywania danych medycznych w bezpiecznym miejscu. Posiadania wiedzy na temat tego, kto ma dostęp do ich informacji. Posiadania wiedzy na temat tego, w jaki sposób CountyCare zapewnia bezpieczeństwo ich danych.
7. Bycia traktowanym z szacunkiem i godnością przez personel CountyCare.
8. Składania skarg do CountyCare. Posiadania wiedzy na temat tego, jak złożyć skargę. Posiadania wiedzy na temat tego, jak długo trzeba czekać na odpowiedź na skargę.
9. Otrzymywania informacji w języku lub metodą zrozumiałą dla uczestnika.
10. Bycia rozumianym. Dotyczy to również osób z ograniczoną znajomością języka angielskiego, odmienną kulturą lub niepełnosprawnością.
11. Otrzymania kopii planu opieki IPoC.

Uczestnik może korzystać ze swoich praw bez obawy, że będą przeciwko niemu podejmowane jakiejkolwiek działania.

Obowiązki uczestników

Uczestnicy CountyCare mają obowiązek:

1. Postępować zgodnie z instrukcjami i planem opieki (IPoC) uzgodnionym wspólnie ze swoim koordynatorem opieki.
2. Prosimy traktować kierownika ds. opieki i zespół wsparcia ds. koordynacji opieki z uprzejmością i szacunkiem przez cały czas.
3. Zachowanie wrogie lub związane z groźbami może zagrozić skuteczności działania kierownika ds. opieki.
4. Adherence to participation requirements.
5. Przekazywać CountyCare odpowiednie informacje, abyśmy mogli świadczyć usługi, których potrzebujesz. Informowania CountyCare i swojego lekarza prowadzącego o opuszczeniu programu CountyCare Care Management.
6. Uczestnicy korzystający z usług w domu i w społeczności mają dodatkowe obowiązki. Więcej informacji można znaleźć w tym rozdziale podręcznika.

Wyrejestrowanie

Uczestnik może wypisać się lub „zrezygnować” z zarządzania opieką dobrowolnie i/lub gdy jego stan zdrowia i okoliczności ulegną poprawie. Prosimy o kontakt z koordynatorem opieki, który pomoże w tym procesie.

Usługi zarządzania opieką lub koordynacji opieki mogą zostać przerwane w przypadku członków, którzy nie wypełniają swoich obowiązków wymienionych powyżej.

Uczestnictwo w programie zarządzania opieką dla uczestników HCBS – (M)LTSS

Uczestnicy programu opieki w domu i w społeczności (ang. Home and Community Based Services, HCBS) muszą uczestniczyć w programie zarządzania opieką. Nieuczestniczenie w wizytach domowych i/lub niedostarczenie pisemnej zgody lub potwierdzenia będzie wiązało się z brakiem uczestnictwa w programie zarządzania opieką. Uczestnicy programu HCBS muszą również stosować się do zasad programu dotyczących współpracy: muszą być obecni w domu w czasie świadczenia usług, z wyprzedzeniem powiadamiać świadczeniodawcę o nieobecności, wpuszczać świadczeniodawcę do domu w celu świadczenia usług, nie przeszkadzać w świadczeniu usług oraz nie stosować groźb i nie zachowywać się agresywnie. Członkowie HCBS, którzy nie zezwalają na wizyty domowe, odmawiają koordynacji opieki lub nie przestrzegają stworzonego protokołu ustaleń (Memorandum of Understanding, MOU), czasami nazywanego Umową o zarządzaniu opieką, zostaną skierowani do odpowiedniej agencji stanowej w celu sprawdzenia kwalifikowalności do pomocy i rozpoczęcia zamykania sprawy.

Prawa uczestników (M)LTSS

Zgoda uczestnika programu (M)LTSS HCBS musi być udokumentowana, podobnie jak jego pisemne potwierdzenia znajomości praw i obowiązków, co obejmuje:

- Edukację na temat praw uczestnika w momencie rozpoczęcia korzystania z usług, w chwili zmiany usług oraz corocznie
- Umożliwienie udziału w wyborze rodzajów dostarczanych usług oraz świadczeniodawców
- Prawo uczestników do wniesienia swojego wkładu w plan leczenia
- Prawo uczestnika do odmowy leczenia lub usług i konsekwencje takiej odmowy w odniesieniu do kwalifikacji do świadczeń i/lub wpływu na zdrowie
- Edukację na temat sposobu zgłaszania i adresatów zgłoszenia naruszenia, zaniedbania i nadużycia w momencie oceny lub ponownej oceny
- Korzystanie z testamentu życia i zaleceń dotyczących uporczywej opieki
- Prawo do otrzymania powiadomienia i uzasadnienia w przypadku zmiany lub zakończenia świadczenia usług koordynacji opieki
- Alternatywne rozwiązania, gdy uczestnik i/lub rodzina nie są w stanie w pełni uczestniczyć w fazie oceny

PROGRAM POPRAWY JAKOŚCI

Chcemy zapewnić Ci doskonałą opiekę zdrowotną i obsługę klienta. Każdego roku poddajemy się ocenie, aby zobaczyć, co idzie dobrze, a co mogłoby pójść lepiej. Chcemy, aby ludzie otrzymywali opiekę profilaktyczną i opiekę nad swoimi schorzeniami oraz byli traktowani z uprzejmością i szacunkiem.

Możesz otrzymywać ankiety, które pomogą nam to sprawdzić:

- Czy otrzymujesz opiekę, której potrzebujesz?
- Czy uczysz się, jak lepiej dbać o siebie?
- Czy poziom otrzymywanych usług jest dla Ciebie satysfakcjonujący?

Podejmujemy również działania na podstawie informacji przekazanych nam przez Ciebie, np. gdy:

- Zgłaszasz nam skargę dotyczącą jakości opieki
- Zgłaszasz skargę dotyczącą usługi

Jeśli chcesz uzyskać więcej informacji na temat programu poprawy jakości (QI) CountyCare, zadzwoń do działu obsługi uczestników (ang. Members Service) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711 (TDD/TTY).

Niektóre z tych programów obejmują:

- Opiekę profilaktyczną i opiekę wymaganą w przypadku choroby
- Ankiety satysfakcji uczestników dotyczące otrzymanej opieki zdrowotnej i usług
- Dochodzenie w sprawach skarg dotyczących jakości opieki
- Zespół zajmujący się rozpatrywaniem skarg i poprawą jakości opieki

Jeśli chcesz uzyskać więcej informacji na temat programu QI CountyCare, zadzwoń do działu obsługi uczestników (ang. Members Service) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711 (TDD/TTY).

PROGRAM OGRANICZANIA ODBIORCÓW

Program blokowania (ang. Lock-In), znany również jako Recipient Restriction Program (program ograniczania odbiorców), został ustanowiony przez departament ds. opieki zdrowotnej i usług na rzecz rodzin stanu Illinois (ang. Illinois Department of Healthcare and Family Services), aby upewnić się, że nasi uczestnicy jak najlepiej wykorzystują dostępne dla nich usługi. Celem tego programu jest zapewnienie każdemu uczestnikowi właściwej opieki we właściwym czasie w zakresie usług medycznych i terapii lekami na receptę. Program ten przypisuje uczestnika do konkretnego świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej (PCP) lub wybranej apteki. W przypadku wybrania do programu każdy uczestnik otrzyma pisemne powiadomienie i będzie miał możliwość odwołania się od decyzji o zablokowaniu w ciągu 60 dni od otrzymania powiadomienia o zablokowaniu.

WCZEŚNIEJSZE DYREKTYWY

Masz prawo do podejmowania decyzji dotyczących swojej opieki medycznej. Wcześniejsza dyrektywa to pisemna decyzja dotycząca przyszłej opieki zdrowotnej na wypadek, gdyby Twój stan zdrowia nie pozwolił Ci na podjęcie decyzji w danym czasie.

W stanie Illinois istnieją cztery rodzaje wcześniejszych dyrektyw:

- **Pełnomocnictwo dotyczące opieki zdrowotnej** – pozwala wybrać osobę, która będzie podejmować decyzje dotyczące opieki zdrowotnej w sytuacji, gdyby Twój stan zdrowia nie pozwolił Ci na samodzielne decydowanie. Można je wydrukować ze strony internetowej departamentu ds. zdrowia publicznego stanu Illinois (ang. Illinois Department of Public Health): <https://dph.illinois.gov/content/dam/soi/en/web/idph/files/forms/powerofattorneyhealthcareform.pdf>
- **Testament życia** – informuje lekarza i innych świadczeniodawców, jakiego rodzaju opieki oczekujesz w przypadku nieuleczalnej choroby. Nieuleczalna choroba oznacza, że stan pacjenta nie ulegnie poprawie.
- **Preferencje dotyczące zdrowia psychicznego** – pozwala zdecydować, czy chcesz otrzymać niektóre rodzaje leczenia z zakresu zdrowia psychicznego, które mogą Ci pomóc
- **Zlecenie niepodjęcia resuscytacji / podtrzymywania życia (DNR/POLST)** – polecenie to informuje rodzinę, wszystkich lekarzy i innych świadczeniodawców o tym, co należy zrobić w przypadku zatrzymania akcji serca lub czynności oddechowych. Można go również użyć do zapisania woli dotyczącej leczenia podtrzymującego życie.

Więcej informacji na temat wcześniejszych dyrektyw można uzyskać w swojej placówce opieki zdrowotnej lub u lekarza. W przypadku przyjęcia do szpitala możesz otrzymać pytanie o to, czy takie posiadasz. Nie musisz ich posiadać, aby uzyskać opiekę medyczną, ale większość szpitali zachęca do ich posiadania. Jeśli chcesz, możesz zdecydować się na jedną lub więcej z tych dyrektyw, a każdą z nich możesz anulować lub zmienić w dowolnym momencie.

Możesz wyrazić swoje życzenia dotyczące opieki medycznej na piśmie, dopóki jesteś osobą zdrową i zdolną do podjęcia decyzji. Wcześniejsza dyrektywa to pisemne oświadczenie o tym, w jaki sposób chcesz podejmować decyzje medyczne, gdy nie będziesz już w stanie ich podejmować. Prawo federalne wymaga, aby pacjent został poinformowany o swoim prawie do sporządzenia wcześniejszej dyrektywy w momencie przyjęcia do placówki opieki zdrowotnej. Istnieje też obowiązek zapytania pacjenta, czy wyraził swoje życzenia na piśmie.

Nikt nie może zmusić Cię do wypełnienia wcześniejszej dyrektywy. To Ty decydujesz, czy chcesz mieć wcześniejszą dyrektywę. Każda osoba w wieku 18 lat lub starsza, która jest przy zdrowych zmysłach i może podejmować własne decyzje, może sporządzić wcześniejszą dyrektywę. Nie potrzebujesz prawnika, aby wypełnić wcześniejszą dyrektywę. Mimo to możesz zdecydować, że chcesz porozmawiać z prawnikiem.

Porozmawiaj ze swoim lekarzem, aby uzyskać formularz dyrektywy. Możesz również zadzwonić do działu obsługi uczestników (ang. Member Services), aby uzyskać formularz wcześniejszej dyrektywy.

Witryna internetowa departamentu ds. zdrowia publicznego stanu Illinois (ang. Illinois Department of Public Health) również zawiera pomocne informacje dotyczące wcześniejszych dyrektyw. Materiały te można znaleźć tutaj: <http://www.dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>

SKARGI I ODWOŁANIA

Chcemy, aby usługi świadczone przez CountyCare i naszych dostawców zawsze były na satysfakcjonującym poziomie. Jeśli nie jesteś usatysfakcjonowany/-a, możesz złożyć skargę lub odwołanie.

Skargi

Skarga to zażalenie dotyczące dowolnej kwestii innej niż odmowa, ograniczenie lub zakończenie usługi lub pozycji.

CountyCare bardzo poważnie traktuje skargi uczestników. Chcemy wiedzieć, co jest nie tak, abyśmy mogli ulepszyć nasze usługi. Jeśli masz skargę dotyczącą świadczeniodawcy, jakości otrzymanej opieki lub usług, natychmiast nas o tym poinformuj. CountyCare ma specjalne procedury, aby pomóc uczestnikom, którzy składają skargi. Dołożymy wszelkich starań, aby odpowiedzieć na Twoje pytania oraz pomóc rozwiązać wątpliwości. Złożenie skargi nie będzie miało wpływu na usługi opieki zdrowotnej ani na zakres świadczeń.

Jeśli osoba składająca skargę jest klientem programu rehabilitacji zawodowej (ang. Vocational Rehabilitation, VR), może ona mieć prawo do pomocy ze strony programu pomocy klientom DHS-ORS (ang. DHS-ORS Client Assistance Program) w przygotowaniu, przedstawieniu i reprezentowaniu spraw, które mają zostać rozpatrzone.

Oto przykłady sytuacji, w których warto złożyć skargę:

- Twój świadczeniodawca lub pracownik CountyCare nie przestrzegają Twoich praw.
- Wystąpiły problemy z umówieniem się na wizytę u swojego lekarza w odpowiednim czasie.

- Jakość otrzymanej opieki lub leczenia była niesatysfakcjonująca.
- Świadczeniodawca lub pracownik CountyCare był wobec Ciebie nieuprzejmy.
- Usługodawca lub pracownik CountyCare był niewrażliwy na Twoje potrzeby kulturowe lub inne specjalne potrzeby, które możesz mieć.

Skargi można złożyć telefonicznie, dzwoniąc do działu obsługi uczestników (ang. Members Services) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY). Skargi można również złożyć na piśmie pocztą lub faksem na adres:

CountyCare Health Plan

P.O. Box 21153

Eagan, MN 55121

Faks: 312-548-9940

W piśmie zawierającym skargę należy podać jak najwięcej informacji. Na przykład należy podać datę i miejsce zdarzenia, imiona i nazwiska zaangażowanych osób oraz szczegóły dotyczące tego, co się wydarzyło. Należy pamiętać, aby podać swoje imię i nazwisko oraz numer identyfikacyjny uczestnika. Możesz poprosić nas o pomoc w złożeniu zażalenia, dzwoniąc do działu obsługi uczestników (ang. Members Services) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY).

Jeśli nie mówisz po angielsku, możemy zapewnić Ci tłumacza bez żadnych kosztów. Prosimy o dołączenie tej prośby podczas składania skargi. Osoby niedosłyszające mogą zadzwonić do Illinois Relay pod numer 711.

W dowolnym momencie procesu składania skargi możesz poprosić kogoś znajomego o reprezentowanie Cię lub działanie w Twoim imieniu. Osoba ta będzie Twoim „przedstawicielem”.

Aby wyznaczyć kogoś do reprezentowania uczestnika :

1. Wyślij nam list informujący, że chcesz, aby ktoś inny Cię reprezentował i dołącz do niego dane kontaktowe tej osoby lub
2. Wypełnij formularz autoryzowanego przedstawiciela. Formularz ten można znaleźć na naszej stronie internetowej pod adresem https://countycare.com/wp-content/uploads/CCR_AuthorizedRepresentativeForm_English_110218.pdf
CountyCare w ciągu 48 godzin prześle potwierdzenie otrzymania skargi. CountyCare postara się natychmiast rozwiązać skargę. Jeśli nie będzie to możliwe, możemy

skontaktować się z uczestnikiem w celu uzyskania dodatkowych informacji. W ciągu 90 dni otrzymasz pismo od CountyCare z naszym rozwiązaniem.

Odwołania

Odwołanie jest sposobem na zwrócenie się o ponowne rozpatrzenie naszych działań. Jeśli zdecydujemy, że żądana usługa lub pozycja nie może zostać zatwierdzona lub jeśli usługa zostanie ograniczona lub wstrzymana, otrzymasz od nas pismo „Adverse Benefit Determination” (Negatywne rozpatrzenie dotyczące świadczenia). List ten zawiera następujące informacje:

- Jakie działania zostały podjęte i z jakiego powodu
- Prawo do złożenia odwołania i jak to zrobić
- Prawo do ubiegania się o uczciwe wysłuchanie przed sądem stanowym i jak to zrobić
- Prawo do złożenia wniosku o przyspieszone odwołanie w niektórych okolicznościach i jak to zrobić
- Prawo do ubiegania się o kontynuację świadczeń podczas odwołania, jak to zrobić i kiedy może być konieczne zapłacenie za usługi.

Użytkownik może nie zgadzać się z decyzją lub działaniem podjętym przez CountyCare w odniesieniu do jego usług lub przedmiotu, o który wnioskował. Odwołanie jest sposobem na zwrócenie się o ponowne rozpatrzenie naszych działań. Odwołanie można złożyć w ciągu **60 dni kalendarzowych** od daty podanej w piśmie Adverse Benefit Determination (Negatywne rozpatrzenie dotyczące świadczenia). Jeśli chcesz, aby Twoje usługi pozostały takie same podczas składania odwołania, musisz to zgłosić podczas składania odwołania i musisz złożyć odwołanie nie później niż **10 dni kalendarzowych** od daty podanej w naszym piśmie Adverse Benefit Determination (Negatywne rozpatrzenie dotyczące świadczenia). Poniższa lista zawiera przykłady sytuacji, w których warto złożyć odwołanie.

- Niezatwierdzenie lub niezapłacenie za usługę lub przedmiot, o który prosi świadczeniodawca
- Zatrzymanie usługi, która została zatwierdzona wcześniej
- Niedostarczenie usługi lub przedmiotów w odpowiednim czasie
- Niepoinformowanie użytkownika o przysługującym mu prawie do swobodnego wyboru dostawcy usług
- Niezatwierdzenie usługi dla użytkownika, ponieważ nie znajdowała się ona w naszej sieci

Oto dwa sposoby złożenia odwołania:

1. Zadzwoń do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711 (TDD/TTY). W przypadku złożenia odwołania przez telefon należy dołączyć do niego pisemny podpisany wniosek o odwołanie.
2. Prześlij pisemną prośbę o odwołanie pocztą lub faksem na adres:

CountyCare Health Plan

P.O. Box 21153

Eagan, MN 55121

Numer telefonu: 312-864-8200 / 855-444-1661 / 711

(TDD/TTY)

Faks: 312-548-9940

Jeśli nie mówisz po angielsku, możemy zapewnić Ci tłumacza bez żadnych kosztów. Prosimy o dołączenie tej prośby podczas składania odwołania. Osoby niedosłyszące mogą zadzwonić do Illinois Relay pod numer 711.

Czy ktoś może pomóc w procesie odwoławczym?

Masz kilka możliwości uzyskania pomocy. Możesz:

- Poprosić kogoś znajomego o pomoc w reprezentowaniu Cię. Może to być na przykład lekarz pierwszego kontaktu lub członek rodziny.
- Zdecydować się na reprezentowanie przez prawnika.

Aby wyznaczyć kogoś do reprezentowania użytkownika:

1. Wyślij nam list informujący, że chcesz, aby ktoś inny Cię reprezentował i dołącz do niego dane kontaktowe tej osoby lub
2. Wypełnij formularz autoryzowanego przedstawiciela. Formularz ten można znaleźć na naszej stronie internetowej pod adresem https://countycare.com/wp-content/uploads/CCR_AuthorizedRepresentativeForm_English_110218.pdf

Proces odwoławczy

W ciągu trzech dni roboczych prześlemy potwierdzenie otrzymania odwołania. Poinformujemy Cię, jeśli będziemy potrzebować więcej informacji i jak przekazać nam takie informacje osobiście lub na piśmie. Odwołanie zostanie rozpatrzone przez świadczeniodawcę o tej samej lub podobnej specjalizacji co świadczeniodawca prowadzący leczenie. Nie będzie to ten sam świadczeniodawca, który podjął pierwotną decyzję o odmowie, ograniczeniu lub zaprzestaniu świadczenia usługi medycznej.

CountyCare prześle Ci naszą decyzję na piśmie w ciągu 15 dni roboczych od daty otrzymania wniosku o odwołanie. CountyCare może poprosić o przedłużenie o maksymalnie 14 dodatkowych dni kalendarzowych czas na podjęcie decyzji w sprawie, jeśli musimy uzyskać więcej informacji przed podjęciem decyzji. Możesz również poprosić nas o przedłużenie, jeśli potrzebujesz więcej czasu na uzyskanie dodatkowych dokumentów na poparcie odwołania.

Wyślemy użytkownikowi i jego upoważnionemu przedstawicielowi zawiadomienie o decyzji. Zawiadomienie o decyzji zawiera informacje o tym, co zrobimy i dlaczego.

Jeśli decyzja CountyCare jest zgodna z treścią pisma Adverse Benefit Determination (Negatywne rozpatrzenie dotyczące świadczenia), może być konieczne pokrycie kosztów usług uzyskanych podczas rozpatrywania odwołania. Jeśli decyzja CountyCare nie jest zgodna z treścią pisma Adverse Benefit Determination (Negatywne rozpatrzenie dotyczące świadczenia), zatwierdzimy usługi do natychmiastowego rozpoczęcia.

O czym warto pamiętać w procesie odwoławczym:

- W każdej chwili możesz przekazać nam więcej informacji na temat swojego odwołania, jeśli zajdzie taka potrzeba.
- Masz możliwość zapoznania się z dokumentacją dotyczącą odwołania.
- Możesz być obecny/-a podczas rozpatrywania odwołania przez CountyCare.

Jak przyspieszyć rozpatrzenie odwołania?

Jeśli Ty lub Twój świadczeniodawca uważacie, że nasz standardowy termin 15 dni roboczych na podjęcie decyzji w sprawie odwołania poważnie zagrozi Twojemu życiu lub zdrowiu, możesz poprosić o przyspieszenie odwołania, pisząc lub dzwoniąc do nas. Jeśli napiszesz do nas, podaj swoje imię i nazwisko, numer identyfikacyjny uczestnika, datę pisma Adverse Benefit Determination (Negatywne rozpatrzenie dotyczące świadczenia), informacje o swojej sprawie i powody, dla których prosisz o przyspieszone odwołanie. Jeśli będziemy potrzebować więcej informacji, poinformujemy Cię o tym w ciągu 24 godzin. Po dostarczeniu wszystkich informacji zadzwonimy do Ciebie w ciągu 24 godzin, aby poinformować Cię o naszej decyzji, a także prześlemy Tobie i Twojemu upoważnionemu przedstawicielowi zawiadomienie o decyzji (ang. Decision Notice).

Jak można wycofać odwołanie?

Masz prawo do wycofania odwołania z dowolnego powodu, w dowolnym momencie procesu odwoławczego.

Ty lub Twój upoważniony przedstawiciel musicie to jednak zrobić na piśmie, używając tego samego adresu, który został użyty do złożenia odwołania. Wycofanie odwołania spowoduje zakończenie procesu odwoławczego i nie zostanie przez nas podjęta żadna decyzja w sprawie wniosku o odwołanie.

CountyCare potwierdzi wycofanie odwołania, wysyłając powiadomienie do Ciebie lub Twojego upoważnionego przedstawiciela. Jeśli potrzebujesz dodatkowych informacji na temat wycofania odwołania, zadzwoń do CountyCare pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY).

Co dalej?

Po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o decyzji w sprawie odwołania CountyCare nie musisz podejmować żadnych działań, a dokumentacja odwołania zostanie zamknięta. Jeśli jednak nie zgadzasz się z decyzją podjętą w sprawie Twojego odwołania, możesz podjąć stosowne działania, składając wniosek o wysłuchanie przed sądem stanowym (ang. State Fair Hearing Appeal) i/lub wniosek o zewnętrzną weryfikację odwołania (ang. External Review) w ciągu **30 dni kalendarzowych** od daty podanej na zawiadomieniu o decyzji. Możesz poprosić zarówno o wysłuchanie przed sądem stanowym (ang. State Fair Hearing Appeal), jak i o weryfikację zewnętrzną (ang. External Review), lub tylko o jedno z nich.

Wysłuchanie przed sądem stanowym

Uczestnik może złożyć wniosek o wysłuchanie przed sądem stanowym (ang. State Fair Hearing Appeal) w ciągu **120 dni kalendarzowych** od daty podanej w zawiadomieniu o decyzji, ale jeśli chce kontynuować korzystanie z usług, musi złożyć wniosek o odwołanie od decyzji w ciągu **10 dni kalendarzowych** od daty podanej w zawiadomieniu o decyzji. Jeśli nie wygrasz odwołania, możesz zostać pociągnięty/-a do odpowiedzialności za opłacenie tych usług świadczonych w trakcie procesu odwoławczego.

Podczas wysłuchania przed sądem stanowym, podobnie jak podczas procesu odwoławczego CountyCare, możesz poprosić kogoś o reprezentowanie Cię, na przykład prawnika lub krewnego lub przyjaciela. Aby wyznaczyć osobę, która będzie Cię reprezentować, wyślij do nas pismo informujące, że chcesz, aby reprezentowała Cię inna osoba, i podaj w nim jej dane kontaktowe.

Wniosek o wysłuchanie przed sądem stanowym można złożyć na jeden z poniższych sposobów:

- Lokalne centrum zasobów społeczności rodzinnej (ang. Family Community Resource Center) może udostępnić formularz apelacyjny w celu złożenia wniosku o wysłuchanie przed sądem stanowym (ang. State Fair Hearing Appeal) i pomóc w jego wypełnieniu.

- Odwiedź stronę <https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals>, aby skonfigurować konto odwołań ABE (ang. ABE Appeals Account) i złożyć wniosek o wysłuchanie przed sądem stanowym (ang. State Fair Hearing Appeal) online. Umożliwi to śledzenie i zarządzanie odwołaniem online, przeglądanie ważnych dat i powiadomień związanych z wysłuchaniem przed sądem stanowym oraz przesyłanie dokumentacji.
- Jeśli chcesz złożyć wniosek o wysłuchanie przed sądem stanowym (ang. State Fair Hearing Appeal) w związku z usługami lub przedmiotami medycznymi, wyślij pisemną prośbę na adres:

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

- Możesz też zadzwonić pod numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY)
- Jeśli chcesz złożyć wniosek o wysłuchanie przed sądem stanowym (ang. State Fair Hearing Appeal) w związku z usługami lub przedmiotami związanymi ze zdrowiem psychicznym, usługami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych lub jakimikolwiek usługami w ramach programu usług domowych (ang. Home Services Program, HSP), wyślij swoją prośbę na piśmie na adres:

Illinois Department of Human Services Bureau of Hearings
 69 W. Washington Street, 4th Floor
 Chicago, IL 60602
 Faks: (312) 793-8573
 E-mail: DHS.HSPApeals@illinois.gov
 Możesz też zadzwonić pod numer (800)435-0774, TTY: (877)734-7429

Wysłuchanie przed sądem stanowym

Wysłuchanie zostanie przeprowadzone przez bezstronnego urzędnika ds. przesłuchań upoważnionego do prowadzenia przesłuchań w ramach przesłuchań przed sądem stanowym.

Otrzymasz pismo z odpowiedniego biura wysłuchań (ang. Hearings Office) informujące o dacie, godzinie i miejscu wysłuchania. List ten będzie również zawierał informacje na temat wysłuchania. Ważne jest, aby uważnie przeczytać ten list. Po założeniu konta na stronie <https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals> można uzyskać dostęp do wszystkich pism

związanych z wysłuchaniem przed sądem stanowym (ang. State Fair Hearing) za pośrednictwem konta odwołań ABE (ang. ABE Appeals Account). Możesz także przesyłać dokumenty i przeglądać wizyty.

Co najmniej trzy dni robocze przed wysłuchaniem otrzymasz informacje od CountyCare. Będą tam wszystkie dowody, które przedstawimy podczas wysłuchania. Informacje te zostaną też wysłane do bezstronnego urzędnika ds. wysłuchań. Wszystkie dowody, które zostaną przedstawione podczas wysłuchania, należy dostarczyć do CountyCare i bezstronnego urzędnika ds. przesłuchań co najmniej trzy dni robocze przed wysłuchaniem. Obejmuje to listę wszystkich świadków, którzy pojawią się w Twoim imieniu, a także wszystkie dokumenty, których użyjesz do poparcia odwołania.

Konieczne będzie powiadomienie odpowiedniego biura wysłuchań (ang. Hearings Office) o wszelkich potrzebnych udogodnieniach. Wysłuchanie może zostać przeprowadzone przez telefon. Pamiętaj, aby podać najlepszy numer telefonu, pod którym można się z Tobą skontaktować w godzinach pracy we wniosku o wysłuchanie przed sądem stanowym (ang. State Fair Hearing). Wysłuchanie może być nagrywane.

Kontynuacja lub odroczenie

Uczestnik może złożyć wniosek o kontynuację wysłuchania w trakcie jego trwania lub o jej odroczenie przed jego rozpoczęciem. Wniosek może zostać rozpatrzony pozytywnie w uzasadnionych przypadkach. Jeśli bezstronny urzędnik ds. wysłuchań wyrazi na to zgodę, użytkownik i wszystkie strony odwołania zostaną powiadomione na piśmie o nowej dacie, godzinie i miejscu. Termin zakończenia procesu odwoławczego zostanie przedłużony o czas trwania kontynuacji lub odroczenia.

Niestawienie się na wysłuchanie

Odwołanie zostanie odrzucone, jeśli użytkownik lub jego upoważniony przedstawiciel nie stawi się na wysłuchaniu w czasie, dniu i miejscu wskazanym w zawiadomieniu i nie złoży pisemnego wniosku o jej odroczenie. Jeśli wysłuchanie odbywa się za pośrednictwem telefonu, odwołanie zostanie odrzucone, jeśli nie odbierzesz telefonu w wyznaczonym czasie. Zawiadomienie o oddaleniu odwołania (ang. Dismissal Notice) zostanie wysłane do wszystkich stron odwołania.

Wysłuchanie może zostać przełożone na inny termin, jeśli poinformujesz nas o tym w ciągu **10 dni kalendarzowych** od daty otrzymania powiadomienia o oddaleniu odwołania (ang. Dismissal Notice) i jeśli powodem niestawienia się jest:

- Śmierć w rodzinie
- Uraz ciała lub choroba, które w uzasadniony sposób uniemożliwiły stawiennictwo
- Nagła i niespodziewana sytuacja awaryjna

Jeśli termin rozprawy odwoławczej zostanie zmieniony, biuro wysłuchań (ang. Hearings Office) prześle użytkownikowi lub jego upoważnionemu przedstawicielowi pismo o zmianie terminu rozprawy wraz z kopiami dla wszystkich stron odwołania.

Jeśli odrzucimy wniosek o ponowne wysłuchanie, otrzymasz pocztą pismo informujące o odmowie.

Decyzja podjęta po wyluchaniu przed sądem stanowym

Ostateczna decyzja administracyjna (ang. Final Administrative Decision) zostanie przesłana uczestnikowi i wszystkim zainteresowanym stronom na piśmie przez odpowiednie biuro wysłuchań (ang. Hearings Office). Decyzja będzie również dostępna online za pośrednictwem konta odwołań ABE (ang. ABE Appeals Account). Niniejsza ostateczna decyzja administracyjna (ang. Final Administrative Decision) podlega kontroli wyłącznie przez sądy okręgowe stanu Illinois. Czas, w jakim sąd okręgowy zezwoli na złożenie takiej rewizji, może wynosić zaledwie 35 dni od daty niniejszego pisma. W razie pytań prosimy o kontakt telefoniczny z biurem wysłuchań (ang. Hearings Office).

Weryfikacja zewnętrzna (tylko w przypadku usług medycznych)

W ciągu **30 dni kalendarzowych** od daty podanej w zawiadomieniu o decyzji w sprawie odwołania CountyCare uczestnik może poprosić o ponowne rozpatrzenie sprawy przez osobę spoza CountyCare. Nazywa się to **weryfikacją zewnętrzną**. Zewnętrzny recenzent musi spełniać następujące wymagania:

- Certyfikowany lekarz o tej samej lub podobnej specjalizacji co lekarz prowadzący leczenie
- Obecnie praktykujący
- Niemający interesu finansowego w podjęciu decyzji
- Nieznający użytkownika i niemający możliwości poznania jego tożsamości podczas weryfikacji

Zewnętrzna weryfikacja nie jest dostępna w przypadku odwołań związanych z usługami otrzymywanymi w ramach programu Elderly Waiver; Persons with Disabilities Waiver; Traumatic Brain Injury Waiver; HIV/Aids Waiver; lub Home Services Program.

Pismo musi zawierać prośbę o zewnętrzną weryfikację tego działania i powinno zostać wysłane na adres:

CountyCare Health Plan

P.O. Box 21153

Eagan, MN 55121

Numer telefonu: 312-864-8200 / 855-444-1661 / 711(TTY)

Faks: 312-548-9940

Co dalej?

- Przeanalizujemy Twój wniosek, aby sprawdzić, czy spełnia on kwalifikacje do zewnętrznej weryfikacji. Mamy na to pięć dni roboczych. Wyślemy Ci pismo z informacją, czy Twój wniosek spełnia te wymagania. Jeśli wniosek spełnia wymagania, pismo będzie zawierać imię i nazwisko zewnętrznego recenzenta.
- Masz pięć dni roboczych od wysłania przez nas listu na przesłanie wszelkich dodatkowych informacji na temat wniosku do zewnętrznego weryfikatora.

The external reviewer will send you and/or your representative and CountyCare a letter with their decision within five calendar days of receiving all the information they need to complete their review.

Przyspieszona weryfikacja zewnętrzna

Jeśli normalne ramy czasowe zewnętrznej weryfikacji mogłyby zagrozić życiu lub zdrowiu uczestnika, uczestnik lub jego przedstawiciel może poprosić o **przyspieszenie zewnętrznej weryfikacji**. Można to zrobić telefonicznie lub pisemnie. Aby poprosić o przyspieszoną weryfikację zewnętrzną przez telefon, zadzwoń do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) pod bezpłatny numer 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY). Aby złożyć wniosek na piśmie, wyślij nam list na poniższy adres. O zewnętrzną weryfikację konkretnego działania można poprosić tylko raz. Pismo musi zawierać prośbę o zewnętrzną weryfikację tego działania

CountyCare Health Plan

P.O. Box 21153

Eagan, MN 55121

Faks: 312-548-9940

Co dalej?

- Po otrzymaniu telefonu lub listu z prośbą o przyspieszoną weryfikację zewnętrzną natychmiast przeanalizujemy wniosek, aby sprawdzić, czy kwalifikuje się on do przyspieszonej weryfikacji zewnętrznej. Jeśli tak będzie, skontaktujemy się z Tobą lub Twoim przedstawicielem, aby podać Ci nazwisko recenzenta.
- Wyślemy również niezbędne informacje do zewnętrznego recenzenta, aby mógł rozpocząć swoją recenzję.
- Zewnętrzny weryfikator podejmie decyzję w sprawie wniosku tak szybko, jak wymaga tego stan zdrowia, ale nie później niż w ciągu dwóch dni roboczych od otrzymania wszystkich niezbędnych informacji. Poinformuje on ustnie użytkownika i/lub jego przedstawiciela oraz CountyCare o swojej decyzji. W ciągu 48 godzin CountyCare wystosuje również pismo z decyzją do Ciebie i/lub Twojego przedstawiciela

PRAWA I OBOWIĄZKI

Jako uczestnik CountyCare musimy szanować Twoje prawa i nie możemy Cię karać za to, że z nich korzystasz.

Prawa uczestników:

- Bycie traktowanym z szacunkiem i godnością przez cały czas.
- Zachowanie poufności osobistych informacji zdrowotnych i dokumentacji medycznej, z wyjątkiem przypadków dozwolonych przez prawo.
- Ochrona przed dyskryminacją.
- Wolność od wszelkich form krępowania lub odosobnienia stosowanych w celu wymuszenia, kontrolowania i ułatwienia odwetu.
- Otrzymywanie informacji, w tym podręcznika dla uczestników, od CountyCare w innych językach, np. w formie audio, wersji dużym drukiem lub alfabetem Braille'a.
- Możliwość skorzystania z pomocy tłumacza w razie potrzeby.
- Możliwość odbycia szczerzej rozmowy ze świadczeniodawcą na temat odpowiednich lub niezbędnych z medycznego punktu widzenia opcji leczenia schorzeń, niezależnie od kosztów lub zakresu świadczeń.
- Uzyskiwanie informacji o dostępnych opcjach leczenia i alternatywach. Obejmuje to prawo do poproszenia o drugą opinię. Lekarze muszą wyjaśnić opcje leczenia w sposób zrozumiały dla pacjenta.

- Otrzymywanie informacji niezbędnych do udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia i wyborów w zakresie opieki zdrowotnej.
- Możliwość odmowy leczenia i uzyskania informacji, jakie konsekwencje może to mieć dla zdrowia.
- Możliwość otrzymania kopii dokumentacji medycznej, a w niektórych przypadkach zażądania jej zmiany lub poprawienia.
- Możliwość wybrania własnego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP) z CountyCare. Lekarza PCP można zmienić w dowolnym momencie.
- Możliwość złożenia skargi (czasami nazywanej zażaleniem) lub odwołania dotyczącego CountyCare lub otrzymanej opieki bez obawy o złe traktowanie lub jakiegokolwiek działania odwetowe.
- Odwołanie od decyzji podjętej przez CountyCare przez telefon lub na piśmie.
- Korzystanie z pomocy tłumacza podczas procesu składania skarg lub odwołań.
- Możliwość żądania i otrzymywania w rozsądnym czasie informacji o CountyCare, jego dostawcach, usługach i zasadach.
- Otrzymywanie informacji o prawach i obowiązkach uczestników CountyCare. Prawo do sugerowania zmian tych zasad.
- Otrzymywanie usług opieki zdrowotnej w sposób zgodny z prawem federalnym i stanowym. CountyCare musi zapewnić dostęp do usług objętych ubezpieczeniem. Usługi muszą być dostępne 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu.

Obowiązki uczestników:

- Traktowanie swojego lekarza i personelu gabinetu z uprzejmością i szacunkiem.
- Noszenie przy sobie karty identyfikacyjnej CountyCare ID podczas wizyt u lekarza i w aptece, aby odebrać recepty.
- Dotrzymywanie terminów wizyt i przybywanie na nie punktualnie.
- Anulowanie z wyprzedzeniem wizyt, na które uczestnik nie da rady się stawić.
- Podawanie możliwie jak największej ilości informacji, aby CountyCare i ich dostawcy mogli zapewnić uczestnikowi najlepszą możliwą opiekę.
- Wiedza na temat swoich problemów zdrowotnych i w miarę możliwości branie udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących celów leczenia.

- Postępowanie zgodnie z instrukcjami i planem leczenia uzgodnionymi wraz ze swoim lekarzem.
- Informowanie CountyCare i koordynatora opieki o zmianie adresu lub numeru telefonu.
- Informowanie CountyCare i swojego koordynatora opieki o korzystaniu z innego ubezpieczenia i postępowanie zgodnie z odpowiednimi wytycznymi.
- Zapoznanie się z podręcznikiem dla uczestników, aby wiedzieć, jakie usługi są objęte ubezpieczeniem, i czy istnieją jakieś specjalne zasady.

Kwalifikacje świadczeniodawcy i zachęty dla lekarzy

Masz prawo do informacji o naszych świadczeniodawcach. Dotyczy to również takich informacji jak:

- Edukacja
- Certyfikacja
- Ponowna certyfikacja

Masz prawo zapytać, czy mamy specjalne ustalenia finansowe z lekarzami, które mogą mieć wpływ na korzystanie ze skierowań i innych usług, których możesz potrzebować. Aby uzyskać te informacje, zadzwoń do nas.



OSZUSTWA, MARNOTRAWSTWO I NADUŻYCIA

Zgłaszanie oszustw, marnotrawstwa i nadużyć (Fraud, Waste, Abuse, FWA) jest obowiązkiem każdej osoby.

Prosimy o kontakt, jeśli uważasz, że lekarz, stomatolog, farmaceuta lub jakikolwiek inny dostawca usługi opieki zdrowotnej, a nawet osoba otrzymująca świadczenia, robi coś niewłaściwego.

Zrobienie czegoś niewłaściwego może stanowić oszustwo, marnotrawstwo lub nadużycie, co jest niezgodne z prawem.

- Oszustwo ma miejsce, gdy ktoś otrzymuje świadczenia lub płatności, do których nie jest uprawniony.
- Marnotrawstwo ma miejsce wtedy, gdy ktoś nadużywa usług, zasobów lub materiałów programu Medicaid lub korzysta z nich w sposób niewłaściwy, co skutkuje niepotrzebnymi kosztami.
- Nadużycie ma miejsce, gdy ktoś wyrządza szkodę finansową lub obrażenia.

Oszustwa, marnotrawstwo i nadużycia to incydenty, które należy zgłaszać.

Powiedz nam, jeśli uważasz, że ktoś:

- Otrzymuje zapłaty za usługi, które nie zostały wykonane lub nie były konieczne.
- Nie mówi prawdy o stanie zdrowia w celu uzyskania leczenia.
- Niewłaściwie wykorzystuje korzyści z programu.
- Umożliwienie komuś korzystanie z identyfikatora CountyCare ID.
- Używa identyfikatora CountyCare ID innej osoby.



- Nie mówi prawdy o ilości pieniędzy lub zasobów, które posiada, aby uzyskać świadczenia.

CountyCare będzie od czasu do czasu wysyłać listy z prośbą o potwierdzenie otrzymania usług medycznych. Prosimy o zapoznanie się z tymi listami i udzielenie na nie odpowiedzi. Pomaga nam to zapobiegać oszustwom, marnotrawstwu i nadużyciom. Istnieje wiele sposobów zgłaszania przypadków oszustw, marnotrawstwa i nadużyć.

Co mogę zrobić?

Jeśli uważasz, że świadczeniodawca lub osoba pobierająca świadczenia robi coś niewłaściwego, musisz to natychmiast zgłosić. Wszystkie informacje pozostaną prywatne.

Istnieje wiele sposobów zgłaszania oszustw, marnotrawstwa i nadużyć:

Infolinia ds. oszustw, marnotrawstwa i nadużyć CountyCare (ang. CountyCare Fraud, Waste and Abuse Hotline) 844-509-4669

Dział obsługi uczestników CountyCare (ang. CountyCare Member Services) 312-864-8200
855-444-1661 (bez opłat)
711(TDD/TTY)

Infolinia ds. oszustw HFS Medicaid / opieki społecznej (ang. HFS Medicaid/Welfare Fraud Hotline) 844-453-7283
844-ILFRAUD

Biuro DHS Inspektor Generalny 800-368-1463

Departament ds. osób starszych stanu Illinois (ang. IL Department on Aging) 866-800-1409
888-206-1327 (TTY)

Infolinia dla seniorów (ang. Senior Helpline) 800-252-8966

ZDROWIE, BEZPIECZEŃSTWO, DOBROSTAN, ZGŁASZANIE I MONITOROWANIE INCYDENTÓW

Incydenty dotyczące zdrowia, bezpieczeństwa i dobrostanu uczestników są zdefiniowane przez prawo stanu Illinois. Obejmują one działania, które mogą zagrażać zdrowiu, bezpieczeństwu i dobrostanowi osób dorosłych szczególnej troski poprzez wyrządzenie krzywdy lub stworzenie poważnego ryzyka wyrządzenia krzywdy danej osobie przez jej opiekuna lub inną zaufaną osobę, niezależnie od tego, czy krzywda jest zamierzona.

Rodzaje incydentów to między innymi:

Przemoc fizyczna – umyślne zadawanie bólu fizycznego lub obrażeń ciała lub umyślne pozbawianie usług niezbędnych dla fizycznego bezpieczeństwa danej osoby.

Przemoc emocjonalna – działanie, które wyrządza szkodę emocjonalną, wywołuje strach lub wstyd lub w inny sposób negatywnie wpływa na zdrowie psychiczne lub bezpieczeństwo danej osoby.

Zaniedbanie – niezapewnienie przez agencję, placówkę, pracownika lub opiekuna ważnych usług niezbędnych do utrzymania zdrowia fizycznego lub psychicznego osoby dorosłej wymagającej szczególnej opieki.

Nadużycie finansowe – niewłaściwe wykorzystanie lub przejęcie majątku lub zasobów osoby dorosłej wymagającej szczególnej opieki przy użyciu niewłaściwego wpływu, naruszenia relacji powierniczej, oszustwa, nękania, przymusu przestępczego, kradzieży lub innych niezgodnych z prawem lub niewłaściwych środków.

Wymogi dotyczące zgłaszania incydentów

Incydenty związane z wykorzystywaniem, zaniedbywaniem i nadużyciami finansowymi uczestników muszą być zgłaszane władzom, zgodnie z wymogami prawa stanowego.

Jak zgłosić incydent

Incydenty związane z uczestnikami CountyCare można zgłaszać do CountyCare telefonicznie, e-mailem lub faksem.

Zadzwoń do działu obsługi uczestników (ang. Member Services) pod numer **312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY)**

Adres e-mail: countycarequalityofcare@cookcountyhhs.org

Faks: 312-637-8312

Incydenty można również zgłaszać do odpowiedniej agencji stanowej w następujący sposób:

- **W przypadku uczestników w wieku 18–59 lat z niepełnosprawnością lub w wieku 60 lat i starszych mieszkających w społeczności:**
 - *Illinois Department on Aging-Adult Protective Services (Departament ds. osób starszych i opieki nad dorosłymi)*
 - Numer infolinii: **866-800-1409 (głos) TTY: 888-206-1327**
- **W przypadku uczestników w wieku do 18 lat:**
 - *Infolinia departamentu Illinois Department of Children & Family Services (DCFS)*
 - **Numer telefonu: 800-252-2873 (głosowe) TTY: 800-358-5117. Dla uczestników spoza DCFS.**
- **W przypadku uczestników w placówkach opiekuńczych:**
 - **Skarga dotycząca domu opieki skierowana do departamentu zdrowia publicznego (ang. Department of Public Health)**
 - **Infolinia: 800-252-4343**
- **W przypadku uczestników w wieku 18–59 lat korzystających z usług w zakresie zdrowia psychicznego lub niepełnosprawności rozwojowej w ramach programów obsługiwanych, licencjonowanych, certyfikowanych lub finansowanych przez DHS:**
 - *Illinois Department of Human Services Office of the Inspector (Biuro Inspektora Departamentu Usług Społecznych Stanu Illinois)*
 - Ogólny numer telefonu: **800-368-1463 (głosowo i TTY)**
- **W przypadku uczestników mieszkających w placówkach opieki stałej:**
 - **Department of Healthcare and Family Services SLF**
 - **Skarga przez infolinię – numer telefonu: 800-226-0768**

Jeśli Ty lub członek Twojej rodziny jesteście świadkami, dowiedzieliście się lub podejrzewacie, że doszło do nadużycia, zaniedbania, oszustwa finansowego lub jakiegokolwiek innego zdarzenia, które może narazić na ryzyko uczestnika lub zagrozić świadczeniom na jego rzecz usługom, ważne jest, aby natychmiast dokonać odpowiedniego zgłoszenia. Poniżej znajduje się kilka przykładów:

Sygnaly przemocy fizycznej, na które należy zwrócić uwagę:

- Uderzanie, bicie, pobicie
- Policzkowanie, klapsy
- Pchanie, popychanie, potrząsanie
- Szczypanie, cięcie, krojenie
- Niewłaściwe fizyczne krępowanie

Sygnaly wykorzystywania seksualnego, na które należy zwrócić uwagę:

- Gwałt
- Gwałt na randce
- Próba gwałtu
- Niewłaściwe dotykanie
- Napaść na tle seksualnym lub pobicie
- Wymuszona nagość
- Treści o charakterze jednoznacznie seksualnym

Sygnaly przemocy emocjonalnej, na które należy zwrócić uwagę:

- Wyzywanie
- Krzyczenie, zastraszanie
- Wyśmiewanie, obelgi
- Zagrożenia
- Przymus, manipulacja

Sygnaly zaniedbania, na które należy zwrócić uwagę:

- Uraz, który nie był odpowiednio leczony
- Odwodnienie lub niedożywienie bez przyczyny chorobowej
- Bładość, zapadnięte oczy lub policzki
- Zabrudzona odzież lub łóżko
- Brak artykułów pierwszej potrzeby, takich jak żywność, woda lub media
- Cały czas ta sama odzież
- Pchły, wszy
- Zaniedbanie, brud
- Włosy matowe, splątane lub nieuczesane

Sygnaly nadużyć finansowych, na które należy zwrócić uwagę:

- Uzyskanie dostępu do środków finansowych innej osoby bez jej zgody
- Zmiana właściciela aktów
- Sfałszowany podpis pod transakcjami finansowymi
- Zmiana dokumentów prawnych, takich jak testamenty
- Wykorzystywanie cudzych pieniędzy do celów osobistych

DEFINICJE

Odwolanie oznacza wniosek o ponowne rozpatrzenie decyzji przez plan opieki zdrowotnej.

Współpłatność oznacza stałą kwotę (na przykład 15 USD), którą płaci się za usługę opieki zdrowotnej objętą ubezpieczeniem, zwykle w momencie otrzymania usługi. Kwota ta może różnić się w zależności od rodzaju usługi opieki zdrowotnej objętej ubezpieczeniem.

Trwały sprzęt medyczny oznacza sprzęt i materiały zamówione przez pracownika służby zdrowia do codziennego lub długotrwałego użytku.

Nagły stan medyczny oznacza chorobę, uraz, objaw lub stan tak poważny, że rozsądna osoba natychmiast zwróciłaby się o pomoc, aby uniknąć poważnych obrażeń.

Usługi z zakresu pomocy w nagłych wypadkach oznaczają ocenę stanu zdrowia w nagłych wypadkach i leczenie w celu zapobieżenia pogorszeniu się stanu zdrowia.

Usługi wyłączone oznaczają usługi opieki zdrowotnej, za które nie płaci lub których nie pokrywa ubezpieczenie zdrowotne lub plan.

Skarga oznacza zażalenie przekazane do planu opieki zdrowotnej.

Usługi i urządzenia rehabilitacyjne oznaczają usługi, które pomagają danej osobie w utrzymaniu, nauce lub poprawie umiejętności i funkcjonowania w codziennym życiu. Przykłady obejmują terapię dla dzieci, które nie chodzą lub nie mówią w wieku, w którym powinny mieć już te umiejętności. Usługi te mogą obejmować terapię fizyczną i zajęciową, z zakresu logopedii i inne usługi dla osób niepełnosprawnych w różnych warunkach szpitalnych i/lub ambulatoryjnych.

Domowa opieka zdrowotna oznacza usługi opieki zdrowotnej świadczone w domu.

Usługi hospicyjne oznaczają usługi zapewniające komfort i wsparcie osobom w ostatnim stadium nieuleczalnej choroby i ich rodzinom.

Hospitalizacja oznacza opiekę w szpitalu, która wymaga przyjęcia w charakterze pacjenta i zazwyczaj wymaga noclegu. Nocny pobyt w celu obserwacji może stanowić opiekę ambulatoryjną.

Szpitalna opieka ambulatoryjna oznacza opiekę w szpitalu, która zazwyczaj nie wymaga noclegu.

Usługi **niezbędne z medycznego punktu widzenia** to usługi opieki zdrowotnej lub materiały potrzebne do zapobiegania, diagnozowania lub leczenia schorzenia, urazu, stanu, choroby lub jej objawów, które spełniają przyjęte standardy medyczne.

Usługi **poza siecią** oznaczają usługi poza zakontraktowaną siecią świadczeniodawców. W niektórych przypadkach koszty ponoszone przez uczestnika mogą być wyższe w przypadku świadczenia poza siecią.

Uprzednia autoryzacja oznacza decyzję podjętą przez ubezpieczyciela lub plan opieki zdrowotnej, że usługa opieki zdrowotnej, plan leczenia, lek na receptę lub trwałe sprzęt medyczny są niezbędne z medycznego punktu widzenia. Czasami nazywa się to wstępną autoryzacją, uprzednią zgodą lub wstępną certyfikacją. Ubezpieczenie zdrowotne lub plan opieki zdrowotnej może wymagać uprzedniej zgody na niektóre usługi przed ich otrzymaniem, z wyjątkiem nagłych przypadków. Uprzednia zgoda nie stanowi obietnicy pokrycia kosztów przez ubezpieczenie zdrowotne lub plan.

Pokrycie kosztów leków na receptę oznacza ubezpieczenie zdrowotne lub plan opieki zdrowotnej, który pomaga pokryć koszty leków na receptę.

Dostawca podstawowej opieki zdrowotnej oznacza lekarza (lekarza medycyny lub doktora medycyny osteopatycznej), pielęgniarkę, specjalistę pielęgniarstwa klinicznego lub asystenta lekarza, zgodnie z prawem stanowym, który zapewnia, koordynuje lub pomaga pacjentowi w dostępie do szeregu usług opieki zdrowotnej.

Usługi i urządzenia rehabilitacyjne oznaczają usługi opieki zdrowotnej, które pomagają danej osobie zachować, odzyskać lub poprawić umiejętności i funkcjonowanie w codziennym życiu, które zostały utracone lub upośledzone z powodu choroby, urazu lub niepełnosprawności. Usługi te mogą obejmować fizjoterapię i terapię zajęciową, usługi z zakresu logopedii oraz rehabilitacji psychiatrycznej w różnych warunkach szpitalnych i/lub ambulatoryjnych.

Wykwalifikowana opieka pielęgniarska oznacza usługi pielęgniarskie świadczone w ramach ustawy Illinois Nurse Practice Act (225 ILCS 65/50-1 i nast.) przez zarejestrowane pielęgniarki, licencjonowane pielęgniarki praktykujące (LPN) lub pielęgniarki zawodowe posiadające licencję na wykonywanie zawodu w tym stanie.

Specjalista oznacza lekarza, który koncentruje się na określonej dziedzinie medycyny lub grupie pacjentów w celu diagnozowania, zarządzania, zapobiegania lub leczenia określonych rodzajów objawów i schorzeń.

Urgent Care means care for an illness, injury or condition serious enough that a reasonable person would seek care right away, but not so severe as to require emergency room care.

ZASTRZEŻENIA

Oświadczenie braku dyskryminacji

Dyskryminacja jest niezgodna z prawem. CountyCare przestrzega obowiązujących federalnych przepisów dotyczących praw obywatelskich i nie dyskryminuje ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wiek, niepełnosprawność lub płeć. CountyCare nie wyklucza osób ani nie traktuje ich inaczej ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wiek, niepełnosprawność lub płeć.

CountyCare:

- Zapewnia bezpłatną pomoc i usługi dla osób niepełnosprawnych w celu skutecznej komunikacji z nami. Mogą to być na przykład:
 - Wykwalifikowani tłumacze języka migowego
 - Informacje pisemne w innych formatach (duży druk, audio, dostępne formaty elektroniczne, inne formaty)
- Zapewnia bezpłatne usługi językowe dla osób, których podstawowym językiem nie jest angielski, takich jak:
 - Wykwalifikowani tłumacze
 - Informacje napisane w innych językach

Jeśli potrzebujesz tych usług, skontaktuj się z **działem obsługi uczestników (ang. Member Services)** pod adresem 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY).

Jeśli uważasz, że CountyCare nie zapewniło tych usług lub dopuściło się dyskryminacji w inny sposób ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wiek, niepełnosprawność lub płeć, możesz złożyć skargę do:

CountyCare Health Plan

P.O. Box 21153

Eagan, MN 55121

Faks: (312) 548-9940

Skargę można złożyć osobiście, pocztą, faksem lub za pośrednictwem naszej strony internetowej. Jeśli potrzebujesz pomocy w złożeniu skargi, koordynator ds. skarg i odwołań CountyCare (ang. CountyCare Grievance & Appeals Coordinator) jest do Twojej dyspozycji.

Można również złożyć skargę dotyczącą praw obywatelskich w biurze ds. praw obywatelskich (ang. Office for Civil Rights) w ramach departamentu U.S. Department of Health and Human Services drogą elektroniczną za pośrednictwem portalu Office for Civil Rights Complaint Portal, dostępnego pod adresem <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, a także pocztą lub telefonicznie:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue,

SW Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Formularze skarg są dostępne na stronie

<https://www.hhs.gov/civil-rights/>

[filing-a-complaint/complaint-process/index.html](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html)

Angielski:

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

Hiszpański:

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

Polski

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



Chiński:

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

Koreański:

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

Tagalog:

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 312-864-8200 / 855-444-1661 (toll-free) / 711(TDD/TTY).

Arabski:

اللغوية توافر لك بالمجان. اتصل 312-864-8200 / 855-444-1661 (toll-free) / 711(TDD/TTY).
الصم هاتف رقم(والبكم: -312-864-8200 / 855-444-1661 (toll-free) / 711(TDD/TTY).

Rosyjski

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

Gudžarati

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

Urdu

ناز وک پآ وت ، نیم ے تلوب ودرآ پآ رگا : رادرخ - نیم
بایس نیم تغم تامدخ 312-864-8200 (TDD/TTY:711) / 855-444-1661
یک ددم یک

Wietnamski

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

Włoski

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

Hindi

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

Francuski

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

Grecki

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

Niemiecki

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

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).

POWIADOMIENIE COUNTYCARE DOTYCZĄCE ZASAD ZACHOWANIA POUFNOŚCI

Niniejsze powiadomienie informuje obecnych, nowych lub przyszłych członków o tym, w jaki sposób informacje zdrowotne mogą być wykorzystywane i udostępniane przez plan zdrowotny. Opisano także, w jaki sposób można uzyskać dostęp do własnych danych medycznych. Proszę uważnie zapoznać się z jego treścią.

Co zawiera ten dokument?

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

Co to są dane medyczne?

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

Dlaczego otrzymuję ten dokument?

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

Kto przestrzega tych zasad?

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

W jaki sposób mogą być wykorzystywane i udostępniane dane medyczne?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sposoby wykorzystywania i udostępniania danych medycznych za Pana/Pani zgodą

Może Pan/Pani określić sposób udostępniania swoich danych w sytuacjach opisanych poniżej. Będziemy postępować zgodnie z Pana/Pani wolą, którą nam Pan/Pani przekaże. Jeżeli nie będzie Pan/Pani w stanie wyrazić swojej woli, będziemy mogli kontynuować działania i udostępnić Pana/Pani dane, jeżeli uznamy, że leży to w Pana/Pani najlepszym interesie.

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

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

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

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

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

W jaki sposób muszą być udostępniane dane medyczne?

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

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

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

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

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

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

Zapobieganie poważnemu zagrożeniu bezpieczeństwa.

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

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

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

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

- w celu identyfikacji lub znalezienia miejsca pobytu podejrzanego, zbiega, istotnego świadka lub osoby zaginionej;
- w celu uzyskania informacji o prawdziwej lub podejrzewanej ofierze zbrodni;

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

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

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

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

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

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

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

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

Pana/Pani prawa dotyczące Pana/Pani danych medycznych

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

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

Prawo do uzyskania kopii dokumentacji dotyczącej zdrowia i skarg Ma Pan/Pani prawo do przeczytania i uzyskania kopii dokumentacji dotyczącej zdrowia i skarg.

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

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

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

Prawo do otrzymywania wykazu ujawnionych danych. Ma Pan/Pani prawo do złożenia pisemnego wniosku o udostępnienie wykazu Pana/Pani udostępnionych danych medycznych w okresie poprzedzających sześć lat.

Wykaz będzie zawierać informacje o podmiotach, którym udostępniono dane, daty przekazania danych oraz tego powody. Zamieścimy wszystkie przypadki ujawniania danych z wyjątkiem dotyczących leczenia, opłat oraz działań w zakresie opieki zdrowotnej i wszelkich przypadków przekazania danych na wniosek pacjenta. Raz w roku wykaz może być sporządzony bezpłatnie, ale w przypadku wystąpienia o kolejny w ciągu 12 miesięcy, pobierzemy uzasadnioną, opartą na poniesionych kosztach opłatę. W pisemnym wniosku należy zaznaczyć okres.

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

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

Działania edukacyjne na temat HIV

CountyCare współpracuje ze Stanem Illinois w celu zatrzymania nowych przypadków HIV.

Departament Zdrowia Publicznego Stanu Illinois udostępnia posiadane przez siebie dane dotyczące HIV organizacjom IL Medicaid i IL Medicaid Managed Care, aby zapewnić lepszą opiekę osobom żyjącym z HIV. Imię i nazwisko, data urodzenia, numer SSN, status HIV i inne informacje są bezpieczne i bezpiecznie udostępniane wszystkim członkom Medicaid.

Zmiany dotyczące tego powiadomienia

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

Gdzie należy zgłaszać problemy?

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

Jeżeli uzna Pan/Pani, że CountyCare naruszyło Pana/Pani prawa do ochrony prywatności podane w tym powiadomieniu, może Pan/Pani złożyć skargę do CountyCare lub Urzędu Praw

Obywatelskich przy amerykańskim Departamencie Zdrowia i Opieki Społecznej.

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

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

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

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

Office of Corporate Compliance
Cook County Health
1950 West Polk
Chicago, IL 60612
Numer telefonu: 1-877-476-18



TWÓJ KOORDYNATOR OPIEKI

Możesz skontaktować się ze swoim koordynatorem opieki pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (bez opłat) / 711(TDD/TTY), od poniedziałku do piątku. Osoby niedosłyszące mogą zadzwonić na naszą linię TDD/TTY pod numer 711.

Ważne jest, aby pozostawać w kontakcie z koordynatorem opieki. Jest to osoba, która pomoże Ci w korzystaniu z usług. Upewnij się, że masz zapisane imię i nazwisko i numer telefonu swojego koordynatora opieki.

**Mój koordynator
opieki CountyCare:** _____

Numer telefonu: _____



DZIĘKUJEMY ZA WYBÓR PROGRAMU
COUNTYCARE

